

Helena Brandão Viana

**INFLUÊNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA SOBRE A AVALIAÇÃO
SUBJETIVA DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

CAMPINAS - 2003

Helena Brandão Viana

**INFLUÊNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA SOBRE A AVALIAÇÃO
SUBJETIVA DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS**

ORIENTADORA: Prof^ª Dr^ª JOZEFA BARBARA IWANOWICZ

MESTRANDA: HELENA BRANDÃO VIANA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

CAMPINAS - 2003

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

UNIDADE	80
Nº CHAMADA T/UNICAMP	V654i
V	EX
TOMBO BC/	54603
PROC.	16.124/03
C <input type="checkbox"/>	D <input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	15/10/03
Nº CPD	

CM00186536-4

BIB ID 294984

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA-FEF-UNICAMP

V654i Viana, Helena Brandão
 Influência da atividade física sobre a avaliação subjetiva da qualidade de vida de pessoas idosas / Helena Brandão Viana. – Campinas: [s.n], 2003.

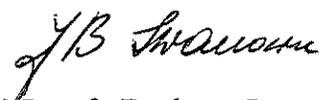
Orientador: Jozefa Barbara Iwanowicz
 Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas.

1. Envelhecimento-Aspectos sociais. 2. Qualidade de vida. 3. Subjetividade-Aspectos sociais. 4. Envelhecimento-Aspectos psicológicos. 5. Exercício para idosos. I. Iwanowicz, Jozefa Barbara. II. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física. III. Título.

Helena Brandão Viana

INFLUÊNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA SOBRE A AVALIAÇÃO
SUBJETIVA DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS

Este exemplar corresponde à redação final da dissertação de mestrado defendida por Helena Brandão Viana e aprovada pela Comissão Julgadora da Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), em 11/02/2003.



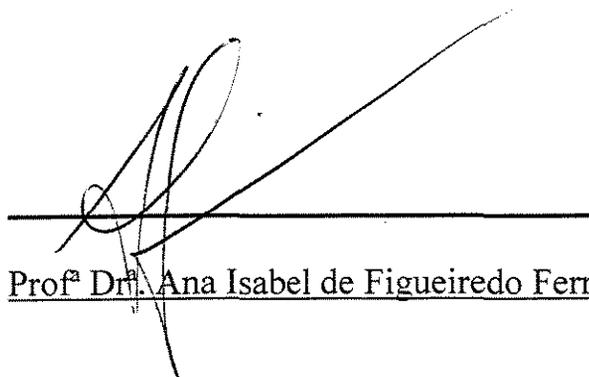
Profª Drª Jozefa Barbara Iwanowicz.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

CAMPINAS - 2003

2004.6.43.03

COMISSÃO JULGADORA:



A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'A' followed by a long horizontal stroke, positioned above a solid horizontal line.

Profª Drª Ana Isabel de Figueiredo Ferreira



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Edison Duarte', positioned above a solid horizontal line.

Prof. Dr. Edison Duarte



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J.B. Iwanowicz', positioned above a solid horizontal line.

Profª Drª Jozefa Barbara Iwanowicz

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

CAMPINAS - 2003

DEDICAÇÃO

A Deus, pelo cuidado constante, força e sabedoria concedidas para a realização deste trabalho. Sem Ele, jamais teria conseguido realizar esse sonho.

Aos meus pais, Sávio e Emiliana e aos meus irmãos – João, Cecília, Márcia e Sávio – pelo apoio incondicional e incentivo. É um privilégio ser filha e irmã de vocês.

Aos meus filhos André e Felipe, as duas pessoas que eu mais amo nesse mundo.

A Barbara, por aceitar ser minha orientadora e ter aberto novos horizontes em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Neste trabalho, encontrei muitas pessoas maravilhosas em meu caminho que me ajudaram, apoiaram, ensinaram e trabalharam arduamente para que eu pudesse chegar até à conclusão do mesmo. A essas pessoas, com o grande risco de deixar alguém sem ser mencionado, quero expressar minha sincera gratidão, e estender meu sincero e carinhoso abraço pela ajuda recebida.

Primeiramente, quero agradecer à Prof^ª Dr^ª Jozefa Barbara Iwanowicz, por ter aceitado carinhosamente ser minha orientadora, ter me ensinado tantas coisas sobre a vida, e ter direcionado minha pesquisa com tanta competência, dividindo comigo seu conhecimento na área de maneira paciente e amiga.

Agradeço ao Prof. Dr. Paulo Ferreira de Araújo, pelo apoio e confiança a mim dirigida durante esse trajeto.

Ao Prof. Dr. Edison Duarte, pelos conselhos acadêmicos ao longo do percurso e pela abertura de novas frentes de pesquisa.

À Prof^ª Dr^ª Ana Isabel de Figueiredo Ferreira, pela amizade, incentivo e valorização do meu trabalho.

Ao Prof. Dr. José Júlio Gavião de Almeida, mestre e amigo, por ter dado a mim, oportunidades novas de trabalho em áreas antes inexploradas por mim.

Ao colega Roberto Zulli, pela ajuda com a adaptação do Software e análise estatística das informações.

Imensa gratidão à minha querida mãe, uma mulher forte, decidida e laboriosa, por ter cuidado zelosamente de meus filhos e de mim para que eu pudesse realizar esse sonho.

Aos meus filhos, André e Felipe, meninos afetuosos e nobres, por terem bravamente compreendido minhas ausências em sua tenra idade, durante esses últimos meses.

À minha querida amiga Regina Matsui, pela oportunidade de convivência durante todos esses anos.

Aos amigos Admilson, Cláudio e Lourdes, Esmeraldo, Renato Garibaldi pelas trocas acadêmicas, pelos momentos de descontração e pelo grande incentivo.

Ao meu querido amigo Kléber, por ter me ouvido nas horas mais difíceis da vida, e com quem aprendi a estar mais próxima de Deus.

A Doraci, da FATEC em Indaiatuba, por abrir seu espaço de trabalho para que eu tivesse acesso aos grupos de idosos da Universidade da Terceira Idade, que é mantida pela prefeitura de Indaiatuba e dirigida por ela. A sua carinhosa colaboração permitiu que esta pesquisa pudesse ser concretizada.

Ao amigo e colega Hermes, pelo carinho dispensado na revisão final do texto e pelo incentivo e encorajamento.

Aos alunos da Faculdade Adventista de Educação Física do IASP, que me ajudaram na coleta de dados e no contato carinhoso que mantivemos com pessoas idosas ao longo deste trabalho.

Finalmente, a todos os idosos que participaram da pesquisa e possibilitaram a realização deste trabalho, preenchendo os questionários com interesse e seriedade, doando um pouco do tempo de suas vidas e muito carinho à minha pessoa.

SUMÁRIO

PÁGINAS PRELIMINARES.....	xx
RESUMO.....	xxi
ABSTRACT.....	xxiii
LISTAS DE QUADROS E FIGURAS	xxv
INTRODUÇÃO.....	1
<u>CAPÍTULO I: A QUALIDADE DE VIDA.....</u>	<u>7</u>
1.1. CONCEITOS.....	7
1.2. ASPECTOS SUBJETIVOS DA QUALIDADE E VIDA.....	13
<u>CAPÍTULO II.....</u>	<u>21</u>
2.1. QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE.....	21
2.2. O LAZER ATIVO E A QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS.....	23
2.3. QUALIDADE DE VIDA E A ATIVIDADE FÍSICA : BENEFÍCIOS PSICOLÓGICOS E FÍSICOS AO LONGO DA VIDA.....	28
<u>CAPÍTULO III: MATERIAL E MÉTODO.....</u>	<u>33</u>
3.1. CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA.....	33
3.2. OBJETIVOS.....	34
3.3. OS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	35
3.3.1.O WHOQOL- <i>bref</i>	35
3.3.2.A FICHA DE INFORMAÇÕES DO RESPONDENTE.....	39
3.3.3.O INSTRUMENTO COMPLEMENTAR.....	41

3.3.4. A FICHA DE CONSENTIMENTO.....	43
3.4. COLETA DE DADOS.....	43
3.4.1 COMPILAÇÃO DOS DADOS.....	44
<u>CAPÍTULO IV: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</u>	45
4.1. CARACTERÍSTICAS DO GRUPO PESQUISADO.....	45
4.1.1. DADOS PESSOAIS DO RESPONDENTES.....	45
4.1.2. A RESPEITO DAS ATIVIDADES FÍSICAS DE LAZER.....	47
<u>CAPÍTULO V : ANÁLISES.....</u>	53
5.1.O INÍCIO DAS ANÁLISES – OS DOMÍNIOS.....	53
5.2. ANÁLISE DAS QUESTÕES.....	54
5.3.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83
BIBLIOGRAFIA DE APOIO.....	90
<u>ANEXOS.....</u>	97
1. CENSO IBGE – 2000.....	97
2. O WHOQOL- <i>bref</i>	100
3. A FICHA DE INFORMAÇÕES	103
4. O QUESTIONÁRIO COMPLEMENTAR	105
5. A FICHA DE CONSENTIMENTO	108
6. NATIONAL AGING INFORMATION CENTER.....	109

RESUMO

O tema Qualidade de Vida, por sua abrangência e importância no mundo atual, tem sido objeto de muitos estudos e pesquisas. Qualidade de vida está estreitamente ligada ao conceito de bem-estar e passa a ser um conceito individualizado, pois classes sociais diferentes, têm diferentes percepções do que seja qualidade de vida. Em nosso trabalho enfocamos o idoso e a qualidade de vida, comparando dois grupos de pessoas idosas, ativos e não ativos e a relação com a avaliação subjetiva da qualidade de vida individual. O principal questionamento foi como a prática de atividades físicas influencia na avaliação subjetiva da qualidade de vida pessoal. Usamos para isso um instrumento de avaliação subjetiva da qualidade de vida, da organização mundial de saúde – o WHOQOL-*bref*, que possui 26 questões e um instrumento adicional. Comparando os dois grupos – ativos e não ativos fisicamente - obtivemos resultados significativos, mostrando que a atividade física realmente influencia na avaliação subjetiva da qualidade de vida individual em pessoas idosas, ou seja, idosos ativos percebem como melhor sua qualidade de vida.

ABSTRACT

The theme Life Quality, for its encompassing and importance in the current world, has been object of many studies and researches. Life Quality is strictly related to the well-being concept and starts to have an individualized concept, as different social classes have different perceptions of what Life Quality is. In our work, we focus in the elderly and in the Life Quality, comparing 2 groups of elderly people, actives and non-actives, and the relation with the subjective evaluation of the individual Life Quality. The main questioning was how the practice of physical activities influences the subjective evaluation of the personal Life Quality. For that, we used a subjective evaluation tool from the World Health Organization – the WHOQOL-bref, which has 26 questions and an additional tool. Comparing the two groups – actives and non-actives physically – we obtained significant results, showing that the physical activity really influences the subjective evaluation of the individual Life Quality in elderly people, that is, active elderly perceive their Life Quality as being better.

LISTAS DE QUADROS E FIGURAS

Página

- QUADRO 1 – questões do WHOQOL-*bref* e suas correspondentes no WHOQOL – 100..... 37
- QUADRO 2 – Características da amostra pesquisada..... 46
- QUADRO 3 – Pvalor do teste de Wilcoxon das 11 questões do WHOQOL – *bref* que apresentaram diferenças significativas.....70
- FIGURA 1 – Indivíduos que fizeram atividade física no passado e os que não fizeram, e são ativos atualmente..... 47
- FIGURA 2 – Indivíduos que fizeram atividade física no passado e os que não fizeram, e são inativos atualmente.....47
- FIGURA 3 – Percepção da influência da atividades física no bem-estar pelo grupo de ativos atualmente.....48
- FIGURA 4 – Percepção da influência da atividades física no bem-estar pelo grupo de inativos atualmente.....49
- FIGURA 5 – Percepção da mudança no vigor pelo grupo de ativos atualmente..... 50
- FIGURA 6 – Percepção da mudança no vigor pelo grupo de inativos atualmente.....50
- FIGURA 7 – Percepção do vigor atual pelo grupo de ativos atualmente..... 52
- FIGURA 8 – Percepção do vigor atual pelo grupo de inativos atualmente..... 52
- FIGURA 9 – Escores dos respondentes na questão que pergunta: Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?.....56

- FIGURA 10 – Escores dos respondentes na questão que pergunta: Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?..... 58
- FIGURA 11 – Escores dos respondentes na questão que pergunta: Você tem energia suficiente para seu dia-a- dia?..... 59
- FIGURA 12 – Escores dos respondentes na questão que pergunta: Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?..... 61
- FIGURA 13 – Escores dos respondentes na questão que pergunta: Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?.... 62
- FIGURA 14 – Escores dos respondentes na questão que pergunta: O quanto você aproveita a vida?..... 64
- FIGURA 15 – Escores dos respondentes na questão que pergunta: O quanto você consegue se concentrar?..... 65
- FIGURA 16 – Escores dos respondentes na questão que pergunta: Você é capaz de aceitar sua aparência física?.....66
- FIGURA 17 – Escores dos respondentes na questão que pergunta: Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?.....67
- FIGURA 18 – Escores dos respondentes na questão que pergunta: Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?.....68
- FIGURA 19 – Escores dos respondentes na questão que pergunta: Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?.....69

INTRODUÇÃO

“Não importa o que o passado fez de mim. Importa é o que farei com o que o passado fez de mim”.

Jean-Paul Sartre (1905-1980)

O aumento em grandes proporções do número de idosos está diretamente ligado às mudanças positivas da qualidade de vida, como, melhores condições de higiene, controle das enfermidades, melhores condições de moradia e de alimentação, entre outros. No Brasil os novos números do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) confirmam que o país envelhece.

O Censo 2000, divulgado em dezembro de 2001, traz a informação que a expectativa de vida do brasileiro cresceu 2,6 anos. Agora é de 68,6 anos. Os dados do IBGE¹ revelam que, dentre os 170 milhões de brasileiros, há 24.576 pessoas com idade superior a um século - em 1991, eram cerca de 13 mil. Em 2000, havia 1,8 milhão de octogenários. E a previsão é que a população idosa aumente gradativamente nos próximos anos.

¹Vide tabela demográfica completa do IBGE, censo/2000, nos anexos (anexo 1).

Segundo projeções do National Aging Information Center, teremos um aumento de idosos com mais de 65 anos, em mais de 100% até o ano 2050 (vide anexo 6). Por isso a pesquisa gerontológica, onde se busca conhecer melhor o idoso e as questões concernentes ao envelhecimento, diante desse quadro demográfico, passa a ter uma atenção diferenciada por parte de estudiosos das áreas biológica, psicológica e filosófica.

Os avanços das pesquisas, da tecnologia, da ciência médica e das políticas sociais têm melhorado a qualidade de vida de populações através do acesso aos serviços de saúde, alimentação mais saudável, saneamento básico, promoção da atividade física em todas as fases da vida, prolongando a vida das pessoas e proporcionando melhor qualidade a estas vidas. Descobrimos a causa de algumas patologias, a ciência tem dado à população a possibilidade de evitar algumas doenças ou mesmo retardar o aparecimento destas. Os avanços tecnológicos têm trazido novas técnicas médicas e aparelhos hospitalares que proporcionam o alívio de muitos sintomas e mais rápida recuperação de pacientes hospitalizados ou submetidos a procedimentos cirúrgicos.

No aprofundamento do funcionamento do organismo humano, a medicina e outras áreas profissionais que lidam com a saúde, tem a possibilidade de orientar as pessoas como podem ter uma vida de maior qualidade, modificando seus hábitos diários, alimentando-se melhor, evitando hábitos nocivos à saúde,

praticando atividades físicas freqüentemente e mantendo suas funções cognitivas ativas.

Estudos longitudinais (HASKELL, 2001), apontam que a diminuição na incidência das doenças cardiovasculares, responsável pela maior incidência de mortes entre os idosos, deve-se à mudança no estilo de vida da população - aderindo a hábitos de atividade físicas mais freqüentes, do que a outros fatores como condições ambientais e hereditariedade.

No entanto, alguns fatores objetivos de melhora da qualidade de vida não são acessíveis a todas as pessoas igualmente. Alguns idosos têm acesso à academia de ginástica para realizar atividades físicas dirigidas e adequadas, passam boa parte de seu tempo livre em viagens turísticas, têm acesso aos serviços médicos e odontológicos, possuem boas condições de moradia e alimentação, enquanto outros idosos vivem de salário mínimo ou menos, e com sua renda mensal continuam mantendo a família.

Portanto podíamos esperar que a avaliação subjetiva da qualidade de vida das pessoas deveria ser diferenciada em função destas premissas objetivas. No entanto, vários estudos apontam que a avaliação subjetiva da qualidade de vida dos pesquisados não depende diretamente das condições objetivas ao seu alcance. As mudanças em alguns fatores objetivos relativos à qualidade de vida

podem modificar a avaliação subjetiva da qualidade de vida dos indivíduos, mas não está estritamente ligada a esta.

Baseado em estudos longitudinais, Stones e Kozma (1989), consideram que: o senso de bem-estar pessoal afeta a avaliação de qualidade de vida através de um largo espectro de domínios, tais como satisfação financeira, satisfação com as condições de habitação e satisfação com a saúde².

Segundo NERI (1993), as diferentes variáveis relacionadas à qualidade de vida na velhice têm diferentes impactos sobre o bem-estar subjetivo. A autora cita os estudos realizados por alguns pesquisadores da Escola de Chicago (Cavan, Burgess, Havighurst e Goldhammer, 1949; Pollack, 1948, *apud* Passuth e Bengston, 1988). Desses estudos, resultaram alguns conceitos que mostram que envelhecer bem significaria estar satisfeito com a vida atual e ter expectativas positivas em relação ao futuro. A satisfação na velhice dependeria da capacidade que indivíduo teria de manter ou recuperar o bem-estar subjetivo.

Por isso, a importância da avaliação subjetiva da qualidade de vida, pois somente utilizando fatores objetivos, a ciência não poderia avaliar adequadamente a qualidade de vida das pessoas.

² NERI (1993)

A qualidade de vida, portanto, pode ser descrita pelos parâmetros objetivos e subjetivos. Os indicadores objetivos referem-se a situações como renda, emprego ou desemprego, população abaixo da linha de pobreza, alimentação, acesso ao saneamento básico, qualidade do ar entre outras situações mensuráveis.

Os parâmetros subjetivos introduzem a percepção pessoal dos aspectos de vida em questão, como as pessoas sentem ou o que pensam de suas vidas; como o indivíduo percebe e valoriza os componentes materiais reconhecidos como base social da qualidade de vida. Os qualificadores de vida subjetivos encontrados nas pesquisas são saúde percebida, satisfação, bem-estar físico e psicológico, auto-estima, autoconceito, senso de valor, crenças realísticas, espontaneidade, senso de humor, criatividade, controle emocional e estimulação intelectual.

A subjetividade vem para compreender a importância da percepção da qualidade de vida, independente da presença dos parâmetros objetivos considerados como qualificadores de vida. As pesquisas atuais sobre qualidade de vida mostram a importância de considerar os aspectos subjetivos, apontando que esta seria incompleta, desconsiderando a auto-avaliação.

Temos nesta pesquisa, um enfoque na qualidade de vida e de como a atividade física influencia a avaliação subjetiva desta qualidade pelo indivíduo.

Nosso objetivo é detectar se a presença de atividades físicas de lazer na vida de pessoas idosas modifica a avaliação subjetiva da qualidade de vida individual e em quais domínios da vida essa influência é mais evidente.

Pressupomos, portanto que, a atividade física promove uma mudança na percepção dos padrões da qualidade de vida individual, permitindo que a avaliação subjetiva da qualidade de vida pelo idoso, tenha reflexos no seu bem-estar proporcionando uma velhice mais satisfatória e feliz.

Para tanto, utilizamos um instrumento, o WHOQOL-*bref* que trabalha com os parâmetros subjetivos da qualidade de vida, enfocando aspectos como satisfação com a saúde, capacidades para executar atividades do cotidiano, vigor, meio-ambiente, aspectos psicológicos, lazer, relações sociais com a família, amigos e outros. Usamos também um questionário complementar que aborda a prática ou não de atividades físicas ao longo da vida dos respondentes.

Aplicamos os instrumentos em 200 sujeitos, ativos e inativos fisicamente. Retornaram 145 questionários, com os quais começamos o tabulamento dos dados e as primeiras análises, utilizando para tanto o software S-PLUS, fazendo adaptação da sintaxe do instrumento WHOQOL-*bref* para o S-PLUS, já que a sintaxe que vinha junto ao instrumento, é para utilização do software SPSS.

CAPÍTULO I

1. A QUALIDADE DE VIDA

1.1. CONCEITOS

O tema Qualidade de Vida, por sua abrangência e importância no mundo atual, tem sido objeto de muitos estudos e pesquisas. Os enfoques pelos quais o tema tem sido abordado englobam aspectos tais como, saúde individual, condições ambientais em todos os níveis, organização do trabalho e dos processos produtivos, lazer, atendimento às necessidades básicas do ser humano, incluindo moradia, vestuário, educação e segurança.

Na medicina, o termo tem sido largamente utilizado, e normalmente a expressão usada é “qualidade de vida em saúde”, e refere-se a melhorias nas condições de vida dos pacientes, tendo como foco a doença e a ausência desta. Embora a área médica esteja centrada em parâmetros objetivos, ela também utiliza parâmetros subjetivos, pois a avaliação da melhora do paciente, através de medidas objetivas como exames clínicos, são comparados à melhora da sintomatologia do mesmo.

O tema qualidade de vida tem sido atualmente abordado pela mídia, historiadores e pesquisadores, porém a amplitude de sua definição é por vezes vaga. Todos falam sobre Qualidade de Vida e utilizam esse termo em seus livros, propagandas, outdoors, palestras e conferências, mas poucos se estendem em analisar seu significado.

Alguns pesquisadores que citamos a seguir discutem a forma equivocada e os significados inapropriados que tem sido dado ao termo qualidade de vida. Por exemplo, o artigo de Gonçalves, A., Pires, G. L. e Matiello Jr, Publicado na Revista Brasileira de Ciências do Esporte, sobre a aplicação do conceito na área de educação física/ciências do esporte. Neste artigo, detectamos como o termo qualidade de vida, nessas áreas analisadas pelo autor, tem servido de “guardachuva”, - sob o qual, tudo cabe ou pensa-se caber³.

Muitos artigos científicos, reportagens, livros, revistas, jornais trazem o termo utilizado em seus textos com significados totalmente diferentes, com sentido normalmente abrangente, genérico.

³GONÇALVES, A., PIRES, G. L., MATIELLO JR, E., Revista Brasileira de Ciências do Esporte, nº 20 (1), setembro/1998, pgs. 54-57.

Pela perspectiva de Elias (1994), a qualidade de vida é um processo. Ela passa por mudanças nos múltiplos campos do bem estar, como a habitação, as condições de trabalho, a saúde, a alimentação, a educação, a cultura, os modos de vida urbana, o lazer. É fato que a qualidade de vida faz parte do processo civilizador, está intrinsecamente inserida no mesmo e modifica-se com o desenvolvimento deste, sendo também um processo. O conceito de civilização minimiza as diferenças nacionais entre as sociedades, enfatizando o que é comum a todos os seres humanos ou pelo menos o que deveria ser comum a todos. A civilização é tratada por Norbert Elias como um processo – o Processo Civilizador – e verifica-se que, em diferentes nações o processo civilizatório ocorre de maneira diversa. Além de ocorrer de forma diferente em sociedades distintas, este processo não é linear, mas elíptico, possuindo momentos de alto grau de desenvolvimento e em outros beira à barbárie. Durante o processo civilizador, a sociedade passa por mudanças nos padrões sociais de comportamento. Há uma mudança também nos padrões sociais da qualidade de vida. No Processo Civilizador, percebe-se a evolução dos costumes, dos hábitos de higiene, da maneira de comportar-se à mesa, que a princípio era ensinado somente à corte, mas no processo civilizador, esse conhecimento foi sendo disseminado às classes inferiores. As pessoas passam a ter hábitos mais saudáveis, na divisão dos pratos e talheres, agora usados individualmente, na

maneira de cuidar da higiene e na maneira de se portar à mesa, o que influencia diretamente na saúde da população. Todo o processo visava o bem estar social. As mudanças trazidas pelo processo civilizador, certamente trouxeram maior qualidade de vida à comunidade como um todo, principalmente nos hábitos relativos à higiene e alimentação. Ao longo desse desenvolvimento histórico e social das civilizações, juntamente com as mudanças no processo civilizador, os conceitos de qualidade de vida se alteraram. Tal como a conduta em geral, a maneira de ver os fatos e as pessoas, modifica-se com o processo civilizador. Na corte desenvolve-se uma visão “psicológica” do homem, a observação dos demais que estão à sua volta, de si mesmo e dos fatos que estão acontecendo. As intuições psicológicas, as observações pessoais começam a desempenhar um papel mais importante. A comparação e a avaliação do comportamento, hábitos e costumes individuais e sociais são avaliados individualmente. A percepção que o indivíduo tem da sociedade em que está inserido e de si mesmo, modifica a avaliação que ele fará da sua qualidade de vida percebida subjetivamente. Segundo Minayo, Hart e Buss (2000), quanto mais aprimorada a democracia, mais ampla é a noção de qualidade de vida, do grau de bem-estar da sociedade e da equidade ao acesso aos bens materiais e culturais. Analisando o processo civilizador descrito por Elias, podemos ver que esse processo gerou mudança na avaliação da qualidade de vida pelas pessoas e gerou mudanças nos padrões de

comportamento dos indivíduos. A mudança ocorreu nos domínios físicos, psicológicos, sociais e no próprio meio ambiente. As relações sociais entre os indivíduos se alteraram ao longo da história e as análises psicológicas do meio social pelo indivíduo também se modificaram.

NERI (2001)⁴, fala da importância de compreender que qualidade de vida é um fenômeno de várias faces, e mais bem descrita por um construto multidimensional. Segundo a autora, as características que determinam uma boa qualidade de vida na velhice, tem como referência critérios biológicos, sociais e psicológicos aplicados às relações atuais, passadas e prospectivas, de indivíduos, grupos humanos e sociedades com o ambiente físico e social.

A recomendação pioneira da prática de atividades físicas como elemento modificador da qualidade de vida de pessoas idosas foi introduzida pela área médica, através da geriatria.

Os geriatras, portanto, foram os primeiros a perceber a relação entre exercícios físicos e saúde, principalmente na prevenção de problemas cardíacos, enfraquecimento dos ossos e perda de massa muscular, fatores que contribuem para que as pessoas idosas tenham maior qualidade de vida no processo de envelhecimento.

⁴ NERI (2001) – Desenvolvimento e envelhecimento, pg. 161, 162.

A importância desse enfoque na área médica foi expressa na quantidade de publicações sobre o assunto. Tanto que a Revista GERIATRICS, apenas em 1988, publicou quatro edições com temas sobre atividade física para pessoas idosas, falando dos benefícios dos exercícios, como prescrever e sobre a importância do exercício em pacientes mais velhos.

“Exercícios promovem benefícios importantes em adultos idosos, nas funções cardiovasculares, força e massa muscular, estabilidade postural e funções psicológicas. Esses benefícios podem ser alcançados pelas pessoas que têm saúde, como pelas mais frágeis e idosas. O exercício é muito importante no tratamento de pacientes com artrite, doença de Parkinson e outras doenças crônicas do envelhecimento. Pacientes que se exercitam mostram melhoras nos sintomas de depressão e distúrbios do sono⁵”.

⁵ BUTLER, R. N., DAVIS, R., NELSON, M.E., STRAUSS, E., GERIATRICS, Out.1998, vol.53, nº 10

Diante das citações anteriores, de pesquisadores como NERI (1993), GONÇALVES (1998) e OKUMA (1998), que trabalham com envelhecimento e com qualidade de vida e das tendências das pesquisas dos mesmos sobre idosos, atividade física e qualidade de vida, pressupomos que exercícios físicos praticados ao longo da vida influenciam na avaliação subjetiva da qualidade de vida pelo idoso.

1.2. ASPECTOS SUBJETIVOS DA QUALIDADE E VIDA

Os aspectos da avaliação subjetiva de qualidade de vida não podem ser desvinculados dos fatores objetivos, e para alguns pesquisadores (NERI, 1993; OKUMA, 1998) eles aparecem como referencial para a avaliação subjetiva. A objetividade consiste numa avaliação determinada pelas medidas objetivamente estabelecidas: como índice de salários numa sociedade, quantidade de calorias necessárias para manter o organismo vivo e sadio, emprego/desemprego, consumo alimentar, acesso aos serviços de saúde, saneamento básico, propriedade de terra ou domicílio, transporte público e privado, qualidade do meio-ambiente, acesso à educação e outros.

Os aspectos subjetivos referem-se a como as pessoas se sentem ou se percebem a respeito de suas vidas, como percebem o valor dos componentes

objetivos como fatores qualitativos de suas vidas. A avaliação subjetiva abrange os mesmos parâmetros objetivos e alguns outros, mas avaliados pelas medidas subjetivas do gostar, desejar, sentir falta, satisfação - individualizados em função da experiência de vida de cada um. O valor “mais” ou “menos” não significa a mesma quantidade objetiva, mas a tendência referente à experiência de cada um, não comparável pelas quantidades objetivas. O “mais” para um indivíduo é distinto do “mais” para outro, mas a percepção do sentir ter “mais”, ou precisar de “mais” é comum. É neste sentido que se compreende a “avaliação subjetiva”.

As correntes subjetivas da qualidade de vida apresentam modelos elaborados sobre qualidade de vida ao longo do curso de vida levando em consideração fatores subjetivos.

O modelo de Witmer e Sweeney (1992)⁶ introduz na avaliação da qualidade de vida, os sentimentos e tendências emocionais, por exemplo: senso de humor, senso de valor, respostas emocionais, espontaneidade emocional, criatividade entre outros, conjuntamente com fatores objetivos intrínsecos e extrínsecos.

⁶ O modelo acima pode ser encontrado em NERI, A.L. (1993) – Qualidade de vida e idade madura.

Outros autores tentam nomear algumas características da experiência humana (Jonsen, A. R., Siegler, M. & Winslade, W.J., 1996), e determinam como fator central desta, a sensação subjetiva de bem-estar.

Shin & Johnson (1978) sugerem que a qualidade de vida consiste na posse dos recursos necessários à satisfação das necessidades e desejos individuais, participação em atividades que permitem o desenvolvimento pessoal, a auto-realização e uma comparação satisfatória entre si mesmo e os outros. Qualidade de vida está diretamente relacionada à satisfação das necessidades, carências e desejos dos indivíduos, fatores esses que só podem ser avaliados subjetivamente.

Os valores culturais e sociais são construídos diferentemente por povos de culturas distintas. Portanto, seria equivocado afirmar que a qualidade de vida tem pressupostos universais. Mas a avaliação subjetiva que o indivíduo tem de sua qualidade de vida tem tendências universalizadas.

Um indivíduo de classe social de baixa renda pode perceber a necessidade de se obter mais dinheiro para o sustento da família. Um outro indivíduo de classe social de alta renda pode também ter a percepção de necessidade de mais dinheiro para o sustento da família. O “mais” do menos favorecido financeiramente é diferente quantitativamente do “mais” do indivíduo melhor favorecido financeiramente, mas se ambos sentem a necessidade de se obter

“mais dinheiro” podem se apresentar como insatisfeitos nesse item avaliativo da qualidade de vida.

Quão satisfeitas as pessoas estão com suas vidas, reflete diretamente como elas percebem sua qualidade de vida.

A palavra satisfação comporta vários significados, mas de maneira geral, compreende-se que a satisfação está relacionada com algum tipo de sucesso, de felicidade, de adaptação, de boas relações entre outros fatores, todos eles subjetivos e que só podem ser mensurados através da percepção individual⁷.

Num estudo realizado nos Estados Unidos pelos cientistas Campbell, Converse e Rodgers (1976) foi considerado que a relação entre as condições objetivas e estados psicológicos é muito imperfeita e que para avaliar a qualidade de vida, é necessário ir diretamente ao indivíduo e ouvir dele como a vida lhe parece, como ele a percebe.

A importância do aspecto subjetivo da qualidade de vida pode ser visto no confronto com aspectos objetivos. Como as pessoas percebem e avaliam sua própria qualidade de vida por vezes pode nos surpreender, quando nesta área

⁷ IWANOWICZ, J. B. (1998)

consideramos os aspectos objetivos da qualidade de vida e introduzem um aspecto novo que é o de satisfação com a vida.

Muitas pessoas, que sob o ponto de vista objetivo dos conceitos de qualidade de vida, não teriam um índice significativo de qualidade de vida, percebem sua própria vida como de alta qualidade e satisfatória. Essa avaliação promove neste indivíduo, a sensação de bem estar e felicidade.

Alguns estudiosos, em pesquisa realizada com idosos apontam alguns fatores que contribuem para o bem-estar e satisfação na velhice.

Uma pesquisa, denominada “The Bonn longitudinal study of aging”, realizada por Rudinger e Thomae (1990), entre os anos de 1965 e 1984, com 222 pessoas de classe média baixa, nascidas na Alemanha Ocidental entre 1890 e 1895 e entre 1900 e 1905, gerou algumas informações importantes sobre satisfação na velhice.

Conforme esses autores, os elementos que se correlacionam com a satisfação na vida são:

- 1) A saúde biológica é um dos mais poderosos preditores do bem estar na velhice.
- 2) A saúde percebida e as maneiras como as pessoas lidam com problemas de saúde são ainda mais preditivas do que as condições objetivas de saúde, avaliadas segundo parâmetros médicos.

- 3) A satisfação com a família é uma importante condição do bem estar na velhice.
- 4) Há efeitos da interação entre status social, variáveis de personalidade, interações dentro da família, atividades desempenhadas fora da família e satisfação na vida.
- 5) A situação econômica e psicológica oferece suporte material para o bem estar subjetivo.
- 6) A capacidade de iniciar e manter contatos sociais, mediada por fatores motivacionais e cognitivos influencia a avaliação sobre a qualidade da vida diária.
- 7) A avaliação que o idoso faz de sua situação atual é outro mediador importante de sua satisfação na vida.

Vemos na pesquisa acima que os fatores objetivos se inter-relacionam com os subjetivos e são analisados através da avaliação individual. Os fatores objetivos podem influenciar nos subjetivos, mas análises subjetivas dos fatores objetivos são os maiores indicativos de satisfação e bem estar pessoal, que irão influenciar na avaliação da qualidade de vida individual.

Outra pesquisa baseada em estudos longitudinais, feita por Stones e Kozma (1989), considerou que o bem estar pessoal afeta a avaliação da qualidade de vida através de um largo espectro de domínios, tais como: satisfação financeira, satisfação com as condições de habitação e satisfação com a saúde, justamente porque pessoas felizes tendem a construir suas situações de

vida de forma mais positiva e são mais capazes de obter bons resultados em suas relações interpessoais do que pessoas propensas à infelicidade.

Envelhecer bem significaria estar satisfeito com a vida atual e satisfação na velhice dependeria da capacidade de manter ou restaurar o bem-estar subjetivo, justamente numa fase da vida em que a pessoa está mais exposta a crises de natureza biológica, psicológica e social (NERI, 1993).

A pesquisa de IWANOWICZ (1998) mostrou que a população idosa pesquisada, heterogênea em vários aspectos, apresentou um alto grau de satisfação quanto às relações de lazer em família, independente dos fatores objetivos em que se enquadravam. Nesta pesquisa sobre as relações familiares de lazer dos idosos, a autora observou que a satisfação das condições de vida não dependia do valor do salário, nem de posses, ao contrário, os indivíduos que ganhavam salário mínimo trabalhando na roça aos 80 anos de idade, percebiam-se satisfeitos com suas condições de vida.

O Grupo de Qualidade de Vida da divisão de Saúde Mental da OMS definiu o termo 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" (WHOQOL GROUP, 1994).

De todas as dimensões que a qualidade de vida engloba, trabalharemos com o aspecto subjetivo da mesma, já que acreditamos que a qualidade de vida deve ser percebida individualmente e que está relacionada diretamente às necessidades, carências e aos desejos dos indivíduos.

Em nosso trabalho onde estamos enfocando o idoso e a qualidade de vida, é preciso levar em consideração os aspectos subjetivos da mesma, dada à sua importância na avaliação da qualidade de vida individual, já descrita anteriormente. Para isso necessário se faz a utilização de instrumento que trabalhe com os parâmetros subjetivos da qualidade de vida, enfocando os aspectos como satisfação com a saúde, capacidades para atividades diárias, vigor, meio ambiente, aspectos psicológicos, lazer, relações sociais com família e amigos entre outros.

CAPÍTULO II

2.1. QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE

O envelhecimento é uma experiência heterogênea, isto é, pode ocorrer de modo diferente para indivíduos e coortes que vivem em contextos históricos e sociais distintos. Essa diferenciação depende da influência de circunstâncias histórico-culturais, de fatores intelectuais e de personalidade, dos hábitos e atividades físicas ao longo da vida e da incidência de patologias durante o envelhecimento normal. A velhice é analisada como “uma etapa da vida na qual, em decorrência da alta idade cronológica, ocorrem modificações bio-psicossociais que afetam a relação do indivíduo com o meio” (SALGADO 1982).

O idoso relaciona-se de maneira diferente com o meio ambiente e consigo mesmo. Sua participação socialmente ativa diminui com o decorrer dos anos. A relação com ele mesmo altera-se com as mudanças fisiológicas advindas com a idade avançada.

A experiência das pessoas que envelhecem não pode ser compreendida, a menos que percebamos que o processo de envelhecimento produz uma mudança

fundamental na posição de uma pessoa na sociedade e, portanto, em todas as suas relações com os outros⁸. E graças às mudanças na qualidade de vida das pessoas, podemos dizer que a velhice não é o fim, mas o começo de uma nova etapa.

E se o ser humano está sempre se desenvolvendo ele só atingirá seu ápice, na velhice, na idade madura, pois enquanto estiver vivo, poderá estar se desenvolvendo e, portanto seu papel na sociedade continuará de extrema importância e deverá ser valorizado mesmo que sua contribuição não seja mais no mercado de trabalho produtivo e industrial, mas certamente o será na transmissão de seus valores culturais e morais aos seus filhos e netos, valores esses imprescindíveis na formação de caráter de nossas crianças e jovens.

Qualidade de vida na velhice tem relação direta com bem-estar percebido. A velhice não se reduz a um simples fenômeno biológico, é um fenômeno social. A idade, em última análise, mede-se não tanto pelo número de anos que se tem, mas como a pessoa se sente, como vive, como se relaciona com a vida e com os outros.

⁸Elias, Norbert (2001) – A solidão dos moribundos

É fato que o estilo de vida ativa é um dos maiores influenciadores na redução de doenças cardiovasculares, osteoporose, hipertensão. Possivelmente então, pessoas ativas ao longo da vida, deverão ter uma avaliação diferenciada de sua qualidade de vida na velhice. Após a experiência adquirida ao longo de suas vidas, deverão avaliar sua velhice como mais satisfatória do que idosos inativos ao longo da vida e atualmente.

2.2. O LAZER ATIVO E A QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS

A prática do lazer deve estar voltada à integração e reintegração do homem na sociedade e possibilitar o direito à escolha das atividades a serem realizadas nas horas consideradas de tempo livre.

Quando o indivíduo se exercita ao longo da vida, ocorre a minimização e retardamento dos efeitos naturais do envelhecimento sobre os sistemas fisiológicos. O exercício também promove melhoras nos aspectos psicológicos e sociais tais como: melhora do autoconceito; melhora da auto-estima; melhora do humor; desenvolvimento da auto-eficácia; diminuição do estresse e da ansiedade;

melhora da tensão muscular e da insônia; diminuição do consumo de medicamentos; melhora das funções cognitivas e de socialização⁹.

A melhora desses fatores reflete na avaliação individual e a maior parte dos benefícios que a atividade física promove no indivíduo, melhorando sua qualidade de vida individual, só podem ser avaliados subjetivamente. No entanto, no Brasil existem poucas pesquisas que abordam o tema qualidade de vida e atividade física de lazer no processo de envelhecimento. Contactando a equipe que preparou a transcrição do instrumento WHOQOL-*bref* no Brasil, a fim de obter resultados das pesquisas realizadas por grupos que utilizam esse instrumento no Brasil, fomos informados que os pesquisadores não tem dado retorno dos resultados obtidos em suas pesquisas, conforme solicitado pela equipe, dificultando o acesso aos temas ligados à qualidade de vida que têm sido pesquisados no Brasil utilizando o instrumento da Organização Mundial de Saúde.

⁹ MATSUDO, S.M.M. 2001.

Okuma (1998), desde 1994, tem desenvolvido um estudo sobre o significado da atividade física para o idoso. Desse estudo ela ressalta alguns pontos:

- 1) A saúde percebida é mais preditiva de satisfação na velhice do que a saúde medida por indicadores objetivos.
- 2) A vivência de experiências positivas com a atividade física é mais significativa para o idoso, do que a falta das experiências negativas.
- 3) A atividade física torna-se um compromisso interno e termina sendo um recurso para lidar com o estresse emocional, possibilitar a convivência com os pares, desenvolver a auto-eficácia e romper com o estereótipo que a sociedade atribui ao idoso.

Segundo Dumazedier (1999), o lazer “é a função que permite uma participação social maior e mais livre, a prática de uma cultura desinteressada do corpo, da sensibilidade e da razão”.

O autor ainda cita que as atividades de exploração, de fantasia, criatividade, esportes, imaginação, são todas parte da experiência humana do lazer. Finalmente o lazer é encarado como desenvolvimento da personalidade, como tempo de sociabilidade que permite a participação criteriosa do indivíduo na vida política, social, econômica e cultural.

Para o idoso, o lazer é uma forma de expressão de seus próprios sentimentos, pensamentos, concepções e uma oportunidade de interagir com a sua família e com a sociedade, ampliando seus conhecimentos de si mesmo e de seus familiares e reforçando seus laços afetivos e culturais.

Dependendo da filosofia de vida, dos valores individuais e sociais, para alguns o envelhecimento pode ser um período vazio, sem valor, inútil, sem sentido; já para outros pode ser um tempo de liberdade, de afastamento de compromissos profissionais, de fazer aquilo que não se teve tempo de fazer, de aproveitar a vida. Muitos querem apenas descansar nesta fase, alegando que já deram a sua contribuição ao “mundo”. O descansar é importante, mas não basta para esse período de vida em que o indivíduo adquiriu toda uma experiência, uma vivência; ele ainda tem muito a dar e a receber e principalmente a trocar.

A terceira idade, ou o período da aposentadoria pode ser caracterizado como a grande fase da possibilidade do lazer, da realização pessoal e de investimento em si próprio. O idoso pode neste momento de sua vida ter uma participação livre e consciente na vida social, utilizando seu tempo livre equilibradamente com repouso, distração e desenvolvimento contínuo e harmonioso de sua personalidade, proporcionando a este uma maior qualidade de vida percebida subjetivamente.

Através da atividade física, do lazer, não só os idosos, que são o objeto de nossa pesquisa, mas todos os indivíduos, podem alcançar uma qualidade de vida superior.

“A importância do viver não está na função direta dos números de anos vividos, mas sim da qualidade de vida satisfatória¹⁰”.

Benefícios psicológicos também são proporcionados pelas atividades em grupo. Pertencer a um grupo com identificação social é significativo para o idoso. Compartilhar de atividades grupais com pessoas da própria geração favorece o bem-estar do idoso, porque facilita a emergência de significados comuns e a maior aproximação interpessoal (DEPS,1993).

¹⁰Simões (1998) pg.84

2.3. QUALIDADE DE VIDA E A ATIVIDADE FÍSICA : BENEFÍCIOS PSICOLÓGICOS E FÍSICOS AO LONGO DA VIDA

O avanço tecnológico e da ciência médica, ao mesmo tempo em que promove o aumento da expectativa de vida do ser humano, se preocupa com que qualidade de vida esse indivíduo, que poderá viver mais graças ao avanço da ciência, pode viver esses anos a mais com satisfação e bem-estar. Os efeitos do exercício físico na saúde individual conhecidos pela ciência são¹¹:

I. EFEITOS ANTROPOMÉTRICOS E NEURO-MUSCULARES:

- diminuição da gordura corporal
- incremento da massa muscular
- incremento da força muscular
- incremento da densidade óssea
- fortalecimento do tecido conetivo
- incremento da flexibilidade

¹¹Matsudo (2001) e McAuley e Rudolph (1995)

II. EFEITOS METABÓLICOS:

- aumento do volume sistólico
- diminuição da frequência cardíaca em repouso e no trabalho sub-máximo.
- aumento da potência aeróbica (VO₂ max.) 10-30% - aumento da ventilação pulmonar
- diminuição da pressão arterial
- melhora do perfil lipídico
- melhora a sensibilidade à insulina.

III. EFEITOS PSICOLÓGICOS:

- melhora do autoconceito
- melhora da auto-estima
- diminuição do stress e da ansiedade
- melhora da tensão muscular e da insônia
- diminuição do consumo de medicamentos
- melhora das funções cognitivas e da socialização

Alguns dos benefícios da atividade física para adultos acima de 70 anos, conhecidos atualmente, são¹²:

- Combate a fragilidade causada pela inatividade
- Minimiza as mudanças biológicas do envelhecimento
- Promove o controle de doenças crônicas
- Reverte a síndrome de desuso
- Maximiza a saúde psicológica
- Aumenta a mobilidade e as funções físicas
- Ajuda na reabilitação de doenças agudas e crônicas.

Melhorando fatores como autoconceito, auto-estima, auto-imagem, teremos possivelmente um aumento da qualidade de vida percebida subjetivamente, o que gera no indivíduo sentimentos de satisfação pessoal, felicidade e bem-estar.

Entre os efeitos psicológicos, a diminuição da tensão emocional pode ser considerado como um dos mais importantes e alguns dos seus mecanismos a curto e em longo prazo foram analisados por SPIRDUSO (1995):

¹²Spirduso (1995)

A - Efeitos a curto prazo: aumento do fluxo sanguíneo cortical; alterações nas aminas biogênicas; liberação de opióides endógenos; aumento da temperatura corporal; melhora da resposta ao stress; aumenta a neurotransmissão de catecolaminas e diminui a tensão muscular; modifica a atividade das ondas cerebrais.

B - Efeitos em longo prazo: alterações nos níveis e características das catecolaminas cerebrais; alteração da transmissão sináptica; liberação de opióides endógenos.

Consideramos como importante a diminuição da tensão emocional, pois sabemos que muitas doenças e sintomas desagradáveis são provocados pelo excesso de tensão emocional. A hipertensão arterial, cefaléias, dores pré-cordiais e até infarto do miocárdio são mais frequentes em situações de forte tensão emocional.

OKUMA (1998) argumenta que a prática de atividades físicas traz ao idoso, oportunidades de uma velhice mais ativa e satisfatória, diminuindo e retardando os efeitos fisiológicos do envelhecimento.

VITTA (2000), afirma que a prática regular de exercícios físicos melhora o humor, a ansiedade e a depressão. O autor defende a idéia que idosos ativos são mais independentes, autônomos e sadios e que boas condições de saúde física têm um efeito direto e significativo sobre a diminuição da angústia e se

relacionam fortemente a altos níveis de integração social e de auto-estima, que certamente influenciará na avaliação subjetiva que o idoso faz da sua qualidade de vida.

Segundo NERI (1993) o caminho para um envelhecimento bem sucedido é o cultivo de forças e recursos em particular, o tipo de hábitos cognitivos que caracterizam o idoso mentalmente saudável. Métodos largamente difundidos como dieta e exercícios têm grande papel, mas, igualmente importantes, são o desenvolvimento de bons hábitos de pensamento que levem os idosos a se interessarem nas coisas sobre eles, aceitarem as mudanças advindas com a idade, estarem ocupados com outras pessoas, serem mais hábeis a superar adversidades aderindo a hábitos mais saudáveis e a boas práticas econômicas. Isso pode sim levar o idoso a uma velhice com mais qualidade, com mais significado.

Porém, há perdas fisiológicas inerentes ao processo natural de envelhecimento e seria inapropriado falar somente em desenvolvimento nesse processo.

CAPÍTULO III

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1. CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA

Segundo Thomas e Nelson (2002), esta pesquisa tem caráter predominantemente qualitativo, embora possua, como muitas pesquisas qualitativas, algumas características de pesquisa quantitativa. Os autores citam em sua obra que a característica mais significativa da pesquisa qualitativa é o conteúdo interpretativo em vez de uma preocupação excessiva sobre o procedimento (op.cit. pg.322). Segundo os autores a pesquisa qualitativa tem as seguintes características: Hipótese = indutiva; Amostra = proposital, pequena; Ambiente = natural, mundo real; Coleta de dados = o pesquisador é o instrumento principal; Delineamento = flexível pode mudar; Análise de dados = descritiva, interpretativa. Essas características estão presentes nesta pesquisa.

Estamos abordando nesta pesquisa, o aspecto do lazer ativo na vida de pessoas idosas e como isso se reflete na avaliação subjetiva da qualidade de vida individual. Entrevistamos um grupo de idosos que praticavam atividades físicas atualmente e outro grupo de idosos que não praticam atividades físicas atualmente. Foram pesquisados 145 voluntários, com idades que variaram entre

60 e 87 anos, entre homens e mulheres. As características do grupo pesquisadas encontram-se detalhadas no quadro 02 na página 58. Para compor o grupo dos ativos foram escolhidos os freqüentadores das atividades físicas na Universidade de Terceira Idade de Indaiatuba. Para o grupo de inativos, retiramos os dados dos questionários de pessoas que se declararam inativas atualmente. Foram idosos da comunidade da cidade de Hortolândia, que foram entrevistados em suas casas, pessoas ligadas a entidades como sindicato de professores aposentados de Campinas e do Clube da Idade Legal em Campinas.

3.2. OBJETIVOS

Nosso principal objetivo é verificar se a prática de atividades físicas influencia na avaliação subjetiva da qualidade de vida individual. Iremos averiguar se idosos que praticam atividades físicas têm avaliação diferenciada da qualidade de vida pessoal do que aqueles que não praticam atividades físicas, e em quais aspectos da vida essa influência é mais preponderante.

3.3.OS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

3.3.1. O WHOQOL-*bref*

Como já citamos no capítulo anterior, escolhemos o WHOQOL- *bref*, como instrumento principal para avaliação da qualidade de vida. Este é um instrumento que foi elaborado pela Organização Mundial de Saúde, face à necessidade de haver um instrumento de avaliação de qualidade de vida que pudesse ter uma perspectiva internacional de utilização, já que o conceito de qualidade de vida é diferente em ambientes culturais diferentes.

Recentemente foram desenvolvidos instrumentos que se propõe a avaliar bem-estar e qualidade de vida (Gill e Feinstein, 1993; Guyatt, Feeny e Patrick, 1993). Na sua grande maioria esses instrumentos são desenvolvidos nos Estados Unidos ou na Inglaterra e traduzidos para utilização em diferentes países (Bullinger, 1993; WHOQOL GROUP, 1995). A utilização desses instrumentos em culturas diferentes tem sido objeto de críticas (Fox-Rushby e Parker, 1995) e considerações (Bullinger et al., 1993; Patrick et al., 1994).

A constatação de que não havia nenhum instrumento que avaliasse qualidade de vida dentro de uma perspectiva transcultural, levou a Organização Mundial da Saúde a desenvolver um instrumento com estas características (WHOQOL GROUP, 1995).

A escolha do instrumento também se deu, por ser este um instrumento que trabalha com os aspectos subjetivos da qualidade de vida, que leva em consideração como o respondente se avalia diante de alguns aspectos da vida, divididos nos quatro domínios, físico, psicológico, social e meio-ambiente. Este instrumento não foi só traduzido para o português, mas transcrito e adaptado¹³.

Partindo de um primeiro instrumento elaborado com possibilidades de uso internacional que foi o WHOQOL-100 que é composto por 100 questões, vislumbrou-se a necessidade de instrumentos curtos que demandassem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias.

Nesse pensamento, o Grupo de Qualidade de Vida da OMS, desenvolveu uma versão abreviada do WHOQOL-100, O WHOQOL-*bref* (WHOQOL GROUP, 1998). O WHOQOL-*bref* consta de 26 questões, sendo duas questões de âmbito geral e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. No WHOQOL-100, há quatro questões de cada faceta, e

¹³Fleck, M.P.A., Rev. Saúde Pública, v.33, n.2, São Paulo, abr. 1999.

para o WHOQOL-bref foi escolhida uma faceta, a que melhor representasse cada domínio, para compor o questionário reduzido.

Após análise fatorial confirmatória, o WHOQOL-bref, ficou composto por quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio-ambiente. Este instrumento foi validado no Brasil por Fleck (1999).

As questões do WHOQOL-bref são numeradas de 1 a 26. A letra e o número entre parênteses ao lado de cada número das questões, correspondem aos números das questões no WHOQOL-100, o instrumento completo. Ao transferir os dados para o software S-PLUS para fazer a análise estatística, renomeamos as questões, chamando-as de Q1 a Q26. Veja no quadro 1, as perguntas do WHOQOL-bref e suas correspondentes no WHOQOL-100.

QUADRO 1

NÚMEROS DAS QUESTÕES NO WHOQOL-100	DOMÍNIOS	NÚMEROS DAS QUESTÕES NO WHOQOL-bref
G1, G4	ÂMBITO GERAL	1 e 2
F1.4, F11.3, F2.1, F9.1, F3.3, F10.3, F12.4	FÍSICO	3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18
F4.1, F24.2, F5.3, F7.1, F6.3, F8.1	PSICOLÓGICO	5, 6, 7, 11, 19 e 26
F16.1, F22.1, F18.1, F20.1, F21.1, F17.3, F19.3, F23.3	MEIO-AMBIENTE	8,9,12,13,14,23,24,e 25
F13.3, F15.3, F14.4	RELAÇÕES SOCIAIS	20, 21 e 22

O instrumento completo encontra-se no anexo 2.

Os domínios do instrumento têm as seguintes facetas:

Domínio I - Domínio físico

1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga
3. Sono e repouso

Domínio II - Domínio psicológico

4. Sentimentos positivos
5. Pensar, aprender, memória e concentração
6. Auto-estima
7. Imagem corporal e aparência
8. Sentimentos negativos

Domínio III - Nível de Independência

9. Mobilidade
10. Atividades da vida cotidiana
11. Dependência de medicação ou de tratamentos
12. Capacidade de trabalho

Domínio IV - Relações sociais

13. Relações pessoais
14. Suporte (Apoio) social
15. Atividade sexual

Domínio V- Ambiente

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

Domínio VI- Aspectos espirituais/Religião/Crenças pessoais

24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

3.3.2. A FICHA DE INFORMAÇÕES DO RESPONDENTE:

Esta ficha também foi elaborada pela Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998) e transcrita e adaptada para o português, pela equipe multidisciplinar do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck, da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul. À ficha original, incluímos algumas questões pertinentes ao nosso projeto específico. As

questões acrescentadas foram relacionadas ao trabalho (P6, P7) e às relações familiares (P8, P9), não abordadas na ficha original.

Com as informações dessa ficha teremos possibilidades de enriquecer as análises posteriores, sobre outros possíveis fatores influenciadores na avaliação subjetiva da qualidade de vida, como por exemplo, a escolaridade, o estado civil, condições de trabalho e as relações familiares. A ficha definitiva aborda algumas questões pessoais sobre a vida do respondente. As questões abordadas são:

- a) Sexo – P1
- b) Idade – P2, P3
- c) Nível educacional – P4
- d) Estado civil – P5
- e) Questões a respeito do trabalho ao longo da vida e atualmente – P6, P7
- f) Relações familiares (com quem ele reside) – P8
- g) Relações familiares (se recebe ou fornece ajuda financeira) – P9
- h) Condições da saúde – P10, P11

O layout final da ficha está no anexo3.

3.3.3. O INSTRUMENTO COMPLEMENTAR

Ao estudarmos minuciosamente o instrumento que iríamos utilizar em nossa pesquisa, detectamos que, no WHOQOL-bref, e mesmo no WHOQOL-100, que é o instrumento completo, não havia questões abordando o respondente sobre a prática de atividades físicas. Embora o instrumento tenha o domínio físico, ele não pergunta em nenhum momento se o indivíduo pratica alguma atividade física, e embora abordando questões sobre lazer, ele não questiona se o respondente faz ou não atividades de lazer, ele apenas pergunta se o indivíduo tem acesso às atividades de lazer e não se ele as pratica. No domínio físico ele aborda sobre as condições de saúde, bem estar e autonomia motora, mas em nenhum momento questiona se a pessoa pratica atividade física.

Sabendo dessas implicações e limitações do instrumento principal (WHOQOL – *bref*), introduzimos as questões sobre a prática ou não de atividades físicas de lazer, através de um instrumento complementar elaborado especialmente para esta pesquisa, já que no desenvolvimento do WHOQOL, é ressaltado que o lazer é uma das variantes que devem ser avaliadas quando se propõe avaliar a qualidade de vida.

O levantamento complementar refere-se às atividades físicas atuais e no passado dos respondentes, para observar as possíveis correlações com a

avaliação da qualidade de vida nos domínios abordados. As questões complementares vem abordando sobre a prática de atividades físicas de lazer, definidas no início do instrumento complementar, que não foi validado, mas foi elaborado como auxiliar para utilização nesta pesquisa. Essas questões que levantaram dados informativos objetivos diferenciaram os grupos de ativos dos não ativos.

As questões foram construídas seguindo aproximadamente o layout do WHOQOL-*bref*.

O instrumento complementar questiona sobre:

- 1.) As atividades físicas de lazer ao longo da vida.
- 2.) Se o respondente pratica atividade física de lazer atualmente.
- 3.) Quais atividades ele pratica.
- 4.) Qual a influência que a atividade física de lazer tem no bem-estar individual.
- 5.) Quão satisfeito o indivíduo está com as atividades praticadas ou não atualmente.
- 6.) Quais atividades praticou no passado.
- 7.) Se ele sente falta de atividade física de lazer, caso tenha praticado no passado e não pratique agora.

8.) Quão satisfeito ele se sente com a energia que tinha ao longo da vida.

9.) Percepção de mudança de vigor.

O instrumento complementar encontra-se no anexo 4.

3.3.4.FICHA DE CONSENTIMENTO

Antes de iniciar o levantamento de dados, através da distribuição dos questionários, elaboramos uma ficha de consentimento, onde o respondente autoriza a utilização dos dados fornecidos por ele através dos instrumentos. O WHOQOL-*bref* possui um modelo de ficha de consentimento e fizemos apenas algumas pequenas modificações no mesmo. A ficha de consentimento utilizada encontra-se no anexo 5.

3.4. COLETA DE DADOS

Foram distribuídos 100 questionários para o grupo escolhido como ativos atualmente, compostos de:

1. Ficha de consentimento
2. Ficha de informações
3. WHOQOL – *bref*
4. Questionário complementar

Deixamos os questionários com as pessoas, já que o mesmo deveria ser respondido sem auxílio do entrevistador, e após algumas semanas, retornamos para pegar os mesmos com a pessoa responsável pela Universidade da Terceira Idade, em Indaiatuba.

Para o grupo de inativos, começamos a coleta na comunidade da cidade de Hortolândia, de casa em casa, só explicando que deixaríamos o questionário para ser respondido e o apanharíamos na semana seguinte. O retorno dos questionários foi de 72,5%, e essa etapa do trabalho foi feita apenas pelo pesquisador. Foram distribuídos também os instrumentos, no sindicato de professores aposentados de Campinas e no Clube da Idade Legal, que se reúnem semanalmente para palestras e jogos de salão. Nenhum questionário foi enviado pelo correio ou a entrevista feita por telefone. Com todos os idosos foi feito um contato pessoal. Houve também a participação de alguns monitores, que levaram os instrumento aos idosos em condomínios residenciais e reuniões de aposentados.

3.4.1 COMPILAÇÃO DOS DADOS

Conforme os questionários retornavam, iniciou-se a compilação dos dados, a princípio no programa EXCEL e posteriormente todos os dados foram

transferidos para o programa S-PLUS, onde foram feitas as análises estatísticas e a maioria dos gráficos. Aos questionários foram dados números, desaparecendo nessa fase, a identidade do respondente, não tendo possibilidade de interferência pessoal na análise dos dados.

A transferência dos dados, ao computador foi feita toda e exclusivamente pelo pesquisador, revisando a cada respondente, para que não houvesse erro ou troca de dados.

CAPÍTULO IV

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1. CARACTERÍSTICAS DO GRUPO PESQUISADO

4.1.1. DADOS PESSOAIS DOS RESPONDENTES:

Nosso grupo de sujeitos foi composto de 145 pessoas, todos entre 60 e 87 anos, divididos num primeiro momento entre ativos – que fazem atividade física atualmente – e inativos - que não fazem atividade física atualmente, para isso utilizamos a 2ª questão do questionário complementar (C2), que pergunta se a pessoa pratica atividade física de lazer atualmente. Depois de compilar todos os dados, foi necessária a exclusão de alguns indivíduos, por terem mais de 20% de

respostas em branco do WHOQOL-*bref*, e de acordo com a sintaxe do instrumento, esses indivíduos não poderiam ser considerados na pesquisa. O grupo final, portanto, ficou composto de 127 pessoas.

Veja no quadro 2, as características do grupo pesquisado.

QUADRO 2

Características		Ativos		Não ativos	
		Nº	porcentagem	Nº	porcentagem
Sexo	Homens	23	18,1%	18	14,2%
	Mulheres	48	37,8%	38	29,9%
Idade	60 a 69 anos	43	33,9%	33	26,0%
	70 a 79 anos	21	16,5%	20	15,7%
	80 e acima	5	3,9%	2	1,6%
Escolaridade	analfabetos	8	6,3%	7	5,5%
	1º grau	33	26,0%	21	16,5%
	2º grau	18	14,2%	18	14,2%
	3º grau	9	7,1%	9	7,1%
Estado civil	Sozinhos*	9	7,1%	6	4,7%
	Casados	41	32,3%	35	27,6%
	Viúvos	21	16,5%	17	13,4%
Aposentados	sim	26	20,5%	47	37,0%
	não	10	7,9%	10	7,9%
Trabalha	sim	11	8,7%	12	9,4%
	não	58	45,7%	46	36,2%
Com quem mora	Cônjuge	25	19,7%	25	19,7%
	Sozinho	14	11,0%	10	7,9%
	filhos	22	17,3%	8	6,3%
	outra pessoa	10	7,9%	12	9,4%
Financeiro	ajuda alguém	15	11,8%	17	13,4%
	recebe ajuda	13	10,2%	10	7,9%
	n.ajuda/n.recebe	43	33,9%	26	20,5%
Saúde	boa	51	40,2%	36	28,3%
	fraca	0	0,0%	3	2,4%
	nem ruim/nem boa	18	14,2%	17	13,4%

*sozinhos – nesta categoria incluímos os solteiros, divorciados e separados.

4.1.2. CARACTERÍSTICAS DO GRUPO QUANTO À PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS DE LAZER

Em nosso instrumento complementar ao WHOQOL-*bref*, temos 9 questões, codificadas como C1 até C9. Na questão C1, onde questionamos o indivíduo sobre suas atividades físicas de lazer ao longo da vida, obtivemos as seguintes características dos respondentes:

Indivíduos ativos atualmente

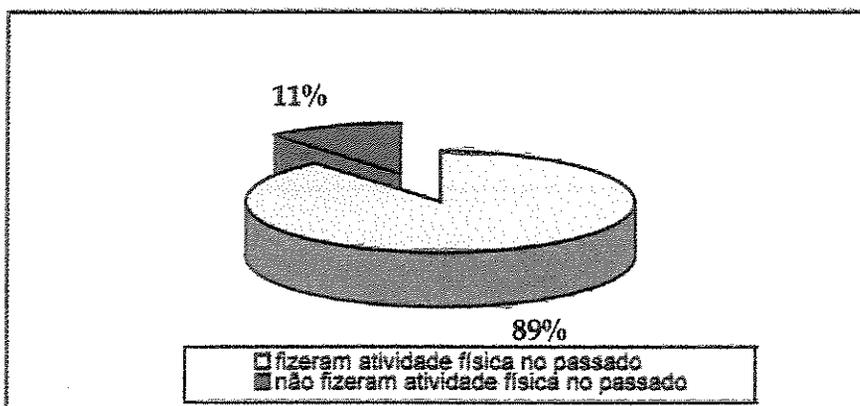


FIGURA 1

Indivíduos inativos atualmente

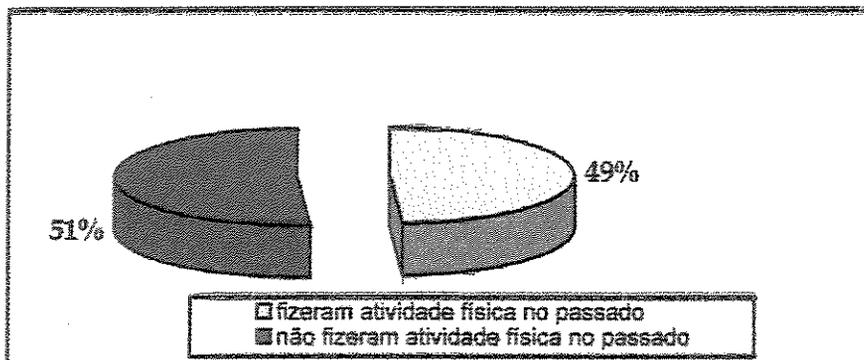


FIGURA 2

A figura 1 aponta que a maioria das pessoas que faziam atividades físicas no passado continuaram ativas na idade avançada e no grupo dos inativos atualmente (figura 2) a maioria já não praticava atividade física no passado. Esses dados mostraram uma tendência, onde o indivíduo que praticou atividade física ao longo de sua vida continuou a praticar na idade madura. Em nosso grupo pesquisado, detectamos que quase metade dos inativos atualmente, praticou atividade física de lazer ao longo da vida, o que esclarece nossas análises posteriores dos escores no instrumento de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-bref), onde embora tenhamos tido diferenças significativas em muitas questões, aparentemente os grupos de inativos e ativos não demonstraram graficamente tanta diferença. Isso aponta, que se tivéssemos uma seleção de pessoas inativas atualmente e também ao longo da vida, essas diferenças na avaliação subjetiva da qualidade de vida, comparando ao grupo de ativos, seria provavelmente muito mais preponderante.

Na questão C4 do questionário complementar, perguntamos sobre a influência da atividade física de lazer no bem-estar individual. Vejamos as respostas obtidas:

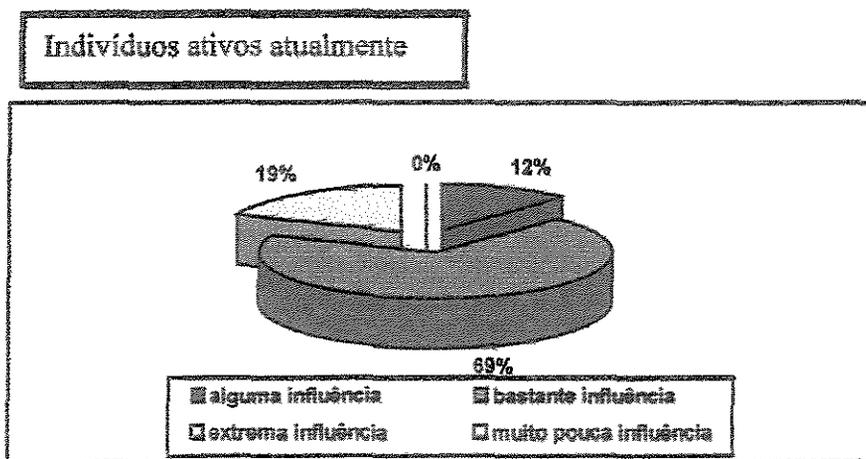


FIGURA 3

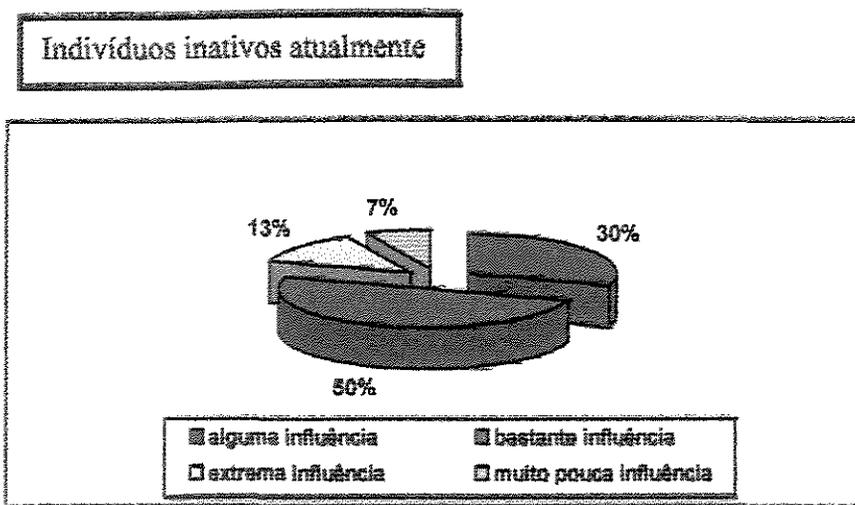


FIGURA 4

Esse gráfico mostra que no grupo das pessoas ativas atualmente, a maioria respondeu que a atividade física de lazer tem bastante influência no bem-estar individual, 19% responderam que tem extrema influência e 12% responderam que tem alguma influência. Ninguém respondeu que não há influência da atividade física de lazer sobre o bem-estar individual. Isso nos aponta que pessoas ativas atualmente tem uma percepção diferenciada da importância de uma atividade física sobre o bem-estar individual comparado ao grupo dos inativos atualmente, embora metade do grupo de pessoas inativas atualmente tenham respondido que a atividade física de lazer influencia bastante no bem-estar individual, 7% responderam que há muito pouca influência da atividade física de lazer sobre o bem-estar individual. A maioria do grupo pesquisado percebe como importante, a prática de atividades físicas.

Mesmo entre as pessoas inativas atualmente, a maior frequência de respostas foi que a atividade física tem bastante influência sobre o bem-estar. Isso também se reflete provavelmente porque o grupo de inativos atualmente teve 49% de pessoas que praticaram atividades físicas ao longo da vida, e mesmo não estando praticando atualmente, conhecem a influência dessas atividades sobre o bem-estar individual.

Na questão C9, que questiona sobre a percepção do respondente quanto à mudança no seu vigor, os indivíduos avaliaram-se da seguinte forma:

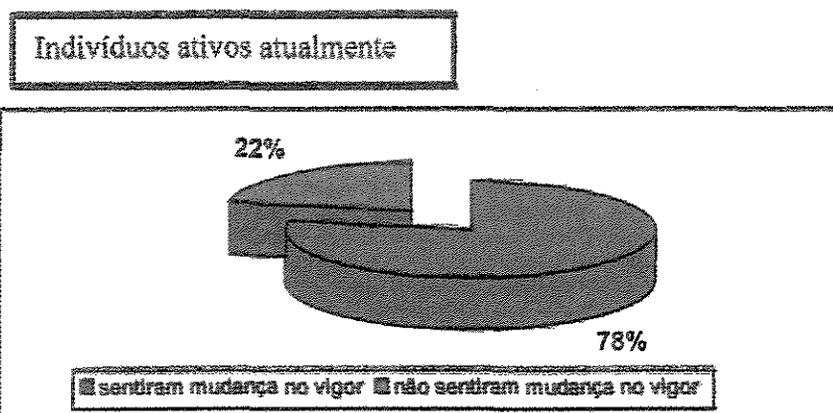


FIGURA 5

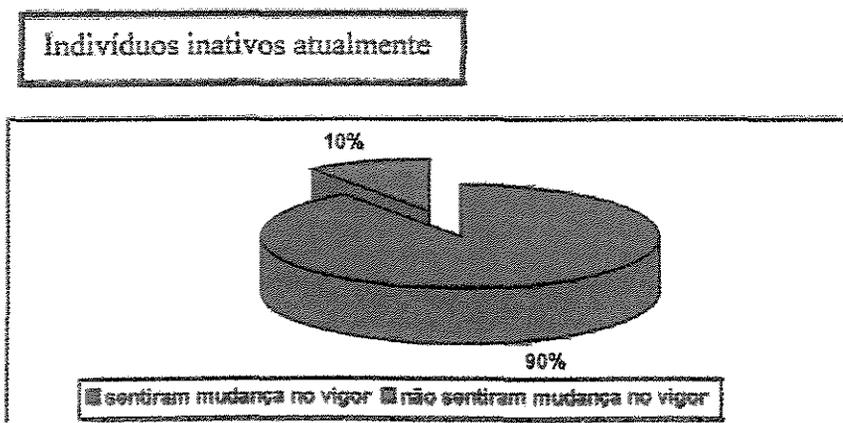


FIGURA 6

Embora esses gráficos pareçam não ter diferença significativa, eles têm, pois na realidade a mudança de vigor apontada pelos ativos foi de aumento de vigor e disposição e a mudança apontada pelos inativos foi relativa a cansaço, desânimo e diminuição no vigor.

Os dados se contrapõem nas respostas, o primeiro como mudanças positivas no vigor e o segundo com mudanças negativas. Na figura 5, do grupo dos ativos atualmente a grande maioria apontou mudanças positivas no vigor, e na figura 6, dos inativos atualmente, a maioria apontou mudanças negativas no vigor, conforme relato descritivo abordado nesta questão. Essa mudança positiva no vigor, presente no grupo dos ativos atualmente, é confirmada pela pesquisa de LAUKKANEN et al. (1993), que avaliou homens e mulheres entre 75 e 85 anos, onde ficou evidenciado que os sujeitos com maior nível de atividade física tiveram melhor saúde e habilidade funcional comparados aos sedentários da mesma idade¹⁴.

Outra pesquisa, feita por OKUMA (1998), na qual ela toma depoimentos dos idosos participantes do Paaf (Programa para a Autonomia da Atividade Física), ficou nítido como os idosos se avaliam mais dispostos após estarem inseridos durante algum tempo num programa de atividades físicas.

¹⁴ MATSUDO (2001), Envelhecimento e Atividade Física, pg.69.

Muitos sujeitos da pesquisa de OKUMA (1998), declaram-se mais ágeis, habilidosos, vigorosos e úteis ao perceberem a quantidade de atividades que eram capazes de executar e com facilidade cada vez maior, também corroboram a tendência de nossos dados.

Dessas respostas vamos a outro dado, que foi a descrição de como eles se sentem de modo geral, a partir da questão C9, que perguntamos sobre a mudança no vigor. As descrições foram classificadas em cansados, dispostos e ótimos:

Indivíduos ativos atualmente

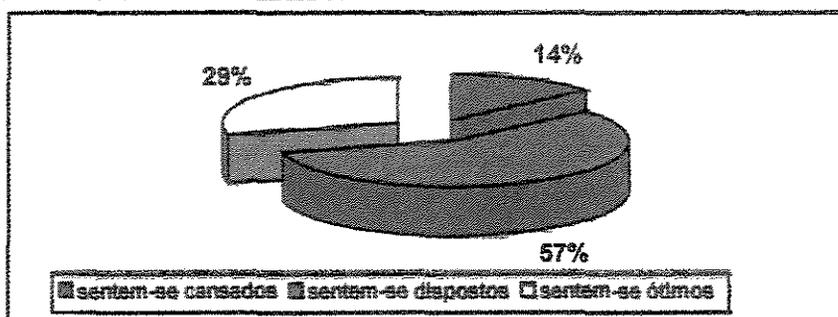


FIGURA 7

Indivíduos inativos atualmente

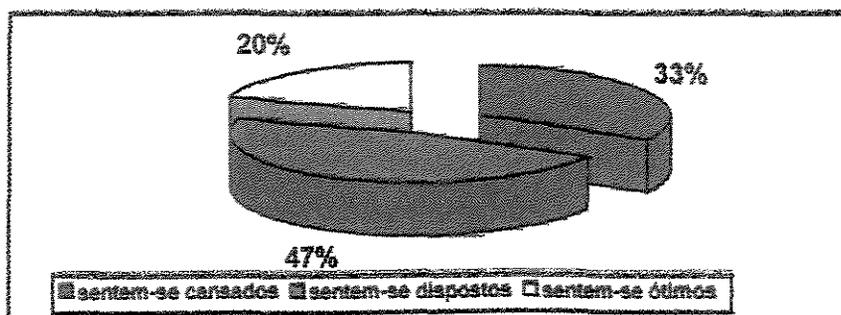


FIGURA 8

Esses dados apontam que os idosos ativos fisicamente têm uma percepção de seu estado geral mais positiva, com maior disposição, vigor. Já citamos anteriormente que nosso grupo de inativos atualmente é composto por uma grande parte que praticou atividades físicas ao longo da vida, isso possivelmente se reflete ainda na sua disposição atual embora já nesses gráficos (7 e 8), podemos visualizar que uma grande porcentagem dos inativos atualmente, 33%, avaliam-se cansados contra apenas 14% dos ativos.

CAPÍTULO V

AS ANÁLISES

5.1. ANÁLISES DOS DOMÍNIOS

A primeira tarefa realizada, após colocar todos os dados obtidos através do WHOQOL-*bref*, no software utilizado para análise estatística (S-PLUS) e obter os escores de cada domínio de todos os respondentes, quebramos o grupo pela variável “atividade física atual”, onde perguntamos se o indivíduo pratica ou não atividade física de lazer atualmente, questão C2, do questionário complementar.

Obtendo os resultados para os grupos em separado “ativos atualmente” e “inativos atualmente”, aplicamos testes de Wilcoxon, para avaliar em que domínios haveria diferenças significativas entre esses dois grupos. Para apontar diferença significativa estatisticamente, é necessário que ao submeter os dados ao teste de Wilcoxon, o resultado dessas contas, dê um valor $<$ ou $= 0,05$.

Os resultados obtidos foram com os testes de Wilcoxon:

- Foi confirmada diferença significativa no domínio físico.
- Houve tendência significativa no domínio psicológico.
- Nos domínios social, meio-ambiente e nas perguntas de âmbito-geral, não houve diferença significativa entre os dois grupos (ativos e não ativos).

Os dados apontam que os indivíduos que praticam algum tipo de atividade física de lazer avaliam sua vida com melhor qualidade do que os que não praticam atividade física de lazer atualmente, no domínio físico.

5.2. ANÁLISE DAS QUESTÕES

Ao fazer a análise mais detalhada dos domínios, questão por questão, detectamos que não foram em todas as questões do domínio físico que houve diferença significativa, aplicando teste de Wilcoxon em cada uma delas separadamente.

No domínio psicológico, onde houve tendência de diferença significativa no domínio como um todo, algumas questões analisadas separadamente, realmente apresentaram diferenças significativas, apontando que o grupo de ativos teve melhor avaliação da qualidade de vida, em alguns aspectos, comparando ao grupo de inativos, que analisaremos abaixo nos gráficos das questões. Tivemos também diferença significativa, em questões dos domínios relações sociais e meio-ambiente.

As perguntas do instrumento *WHOQOL-bref* têm uma valoração que varia de 1 a 5, aumentando ou diminuindo o grau de satisfação do indivíduo em relação a cada pergunta dos domínios físico, psicológico, meio-ambiente e relações sociais. Esses indicativos de 1 a 5, na sintaxe do instrumento é transformada em porcentagem, variando de 0 a 100%. No gráfico a porcentagem significa o escore obtido, após a somatória dos valores das questões avaliadas e sua transformação em valores percentuais.

Todos os gráficos analisados abaixo estão divididos em pessoas que praticam atividade física atualmente “*atual.sim*” e as que não praticam atividade física atualmente “*atual.não*”.

O quadro azul mostra a distribuição das respostas da maioria dos indivíduos. O limite inferior do mesmo é o primeiro quartil e o limite superior é o terceiro quartil, portanto entre esses dois valores estão as respostas de 50% dos

indivíduos. A linha vermelha é a mediana, valor que divide a amostra em dois grupos, com 50% dos indivíduos em cada grupo. O quadrinho transparente indica o intervalo de confiança da mediana, ou seja, 95%.

A primeira questão analisada separadamente, a apresentar diferença significativa foi a Questão 02, de âmbito geral, e pergunta quão satisfeito está o respondente com sua saúde. Nesta questão, pudemos ver que o grupo de ativos ficou com praticamente 100% dos respondentes na faixa de 75% de escore nesta pergunta, enquanto o grupo de inativos ficou com 50% dos respondentes variando entre 50 e 75% do escore, apontando que a maioria dos ativos avalia seu estado de saúde como melhor do que a maioria dos inativos.

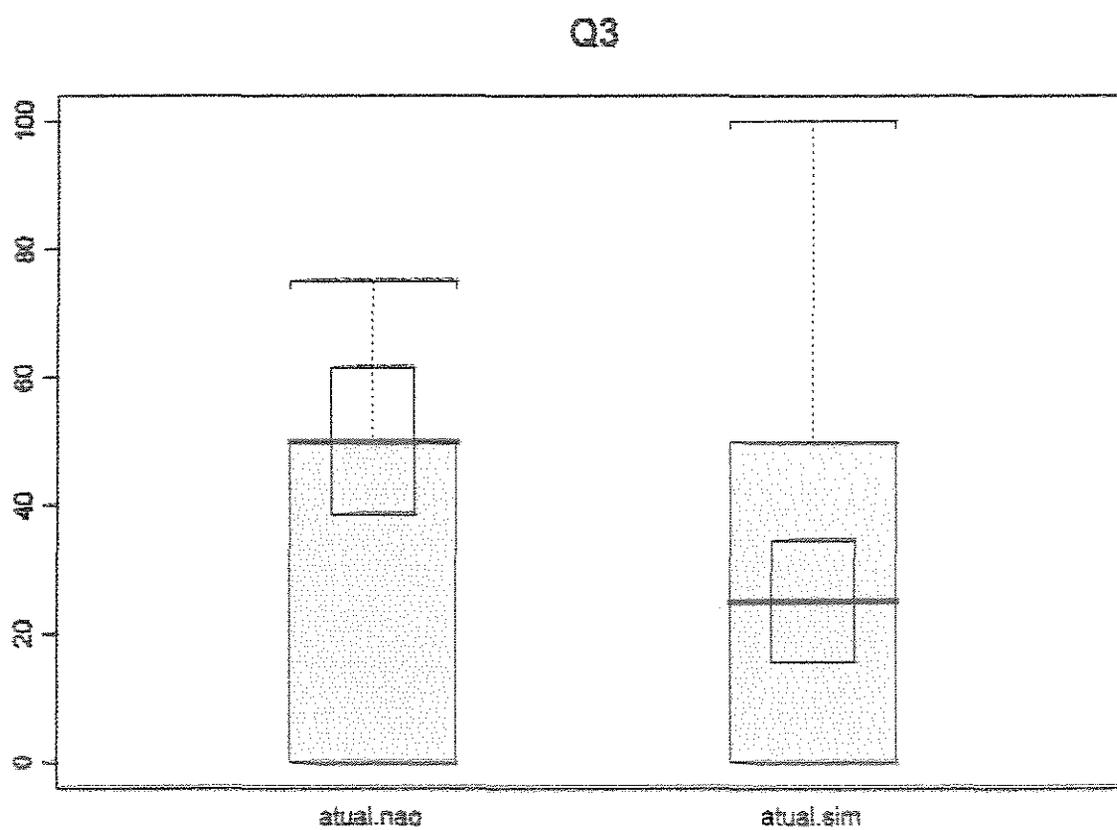


FIGURA 9

A primeira questão, no domínio físico, a apresentar diferença significativa foi a Questão 03, que pergunta sobre a dor física e impedimento de prática de atividades cotidianas. Esta é uma questão de valoração inversa. Quanto maior o escore, menor a qualidade de vida percebida. Podemos ver que o grupo de ativos ficou com 50% dos respondentes entre 0 e 50% do escore nesta pergunta, e a mediana ficou em 25% do escore apontando que metade do grupo de ativos ficou com escore abaixo de 25%, indicando que a dor física impede nada ou muito pouco suas atividades cotidianas, enquanto o grupo de inativos ficou com a maioria dos respondentes entre 0 e 50% do escore, mas a mediana dos inativos ficou em 50% do escore, apontando que 50% dos inativos ficou com escore entre 0 e 50%, indicando que a dor física é um empecilho maior ao grupo dos inativos e menor para os ativos, na capacidade de realizar as atividades cotidianas.

QUANTO A DOR FÍSICA É IMPEDIMENTO
PARA ATIVIDADES DIÁRIAS

FIGURA 10



Pvalor do teste de Wilcoxon = 0.024

A segunda questão que apresentou diferença significativa no domínio físico foi a Questão 10, pergunta sobre a energia para o dia a dia. Podemos ver que o grupo de ativos ficou com 50% dos respondentes entre 50 e 75% do escore nesta pergunta e a mediana ficou em 75% do escore apontando que 50% dos ativos percebe sua energia para o dia a dia como média e muita, enquanto o grupo de inativos ficou com 50% dos respondentes ficou entre 50 e 75% do escore e a mediana em 50% do escore, mostra que 50% dos inativos aponta a quantidade de energia como muito pouca e média, apontando que os ativos têm uma avaliação de maior energia para as atividades do dia a dia do que os inativos.

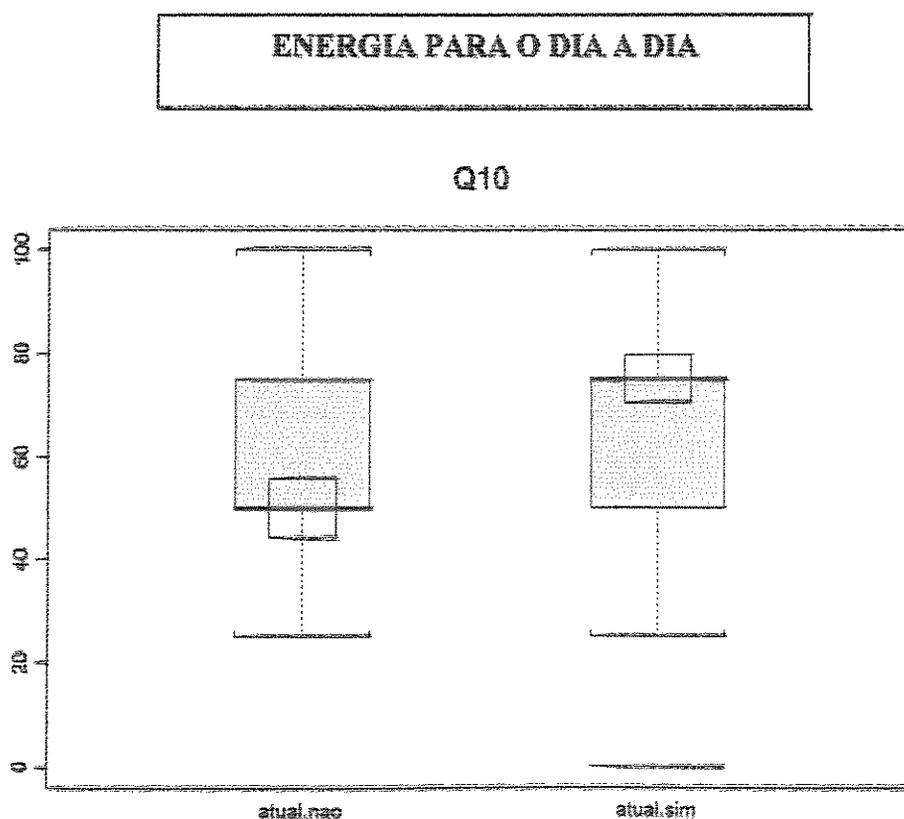


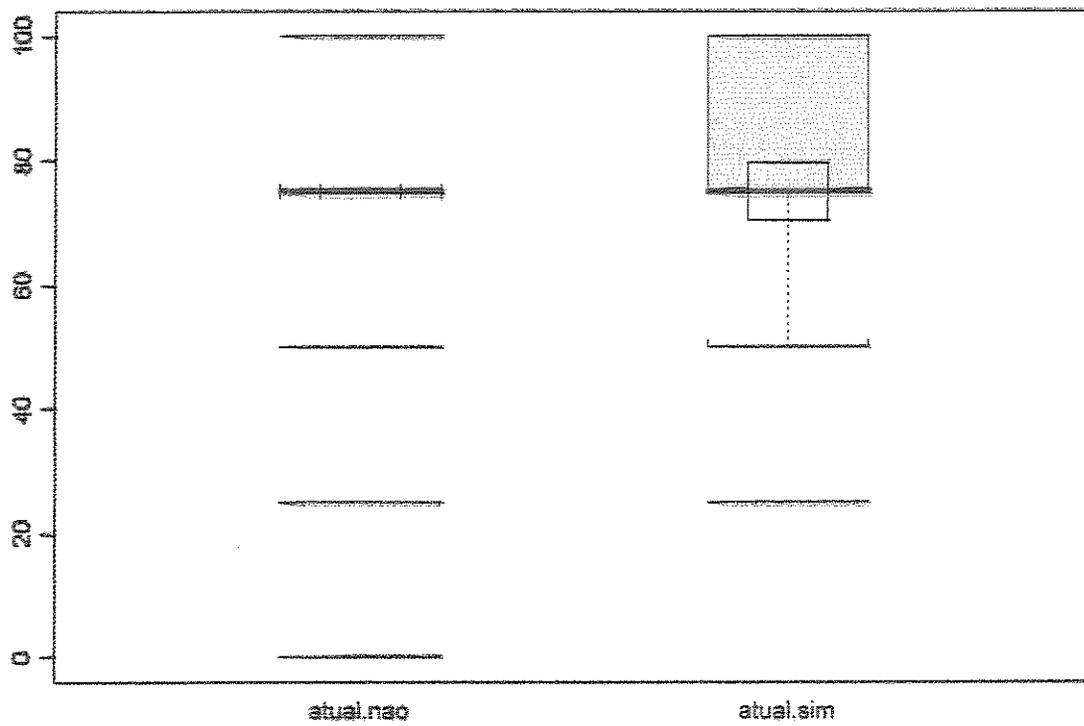
FIGURA 11

A terceira questão analisada a apresentar diferença significativa no domínio físico foi a Questão 17, pergunta sobre a capacidade de desempenhar atividades do cotidiano. Podemos ver que o grupo de ativos ficou com 50% dos respondentes entre 75 e 100% do escore nesta pergunta e a mediana ficou em 75% do escore, mostrando que 50% do grupo de ativos estão satisfeitos e muito satisfeitos com a capacidade de desempenho das atividades diárias, enquanto o grupo de inativos ficou com 50% dos respondentes ficou nos 75% do escore e a mediana também em 75%, apontando que os ativos têm uma avaliação de sua capacidade para atividades cotidianas melhor que os inativos.

**CAPACIDADE PARA ATIVIDADES DO
DIA A DIA**

FIGURA 12

Q17



Pvalor do teste de Wilcoxon = 0.035

A quarta questão, a apresentar diferença significativa no domínio físico foi a Questão 18, pergunta sobre a capacidade para o trabalho. Podemos ver que o grupo de ativos ficou com 50% dos respondentes com 75% do escore nesta pergunta e mediana também em 75%, mostrando que 50% do grupo dos ativos respondeu que está satisfeito com sua capacidade para o trabalho, enquanto o grupo de inativos ficou com 50% dos respondentes entre 50 e 75% do escore e a mediana em 75% do escore, mostrando que 50% dos inativos se percebe entre “nem satisfeito nem insatisfeito” e satisfeito para as atividades de trabalho, apontando que os ativos avaliam como melhor sua capacidade para atividades de trabalho do que os inativos.

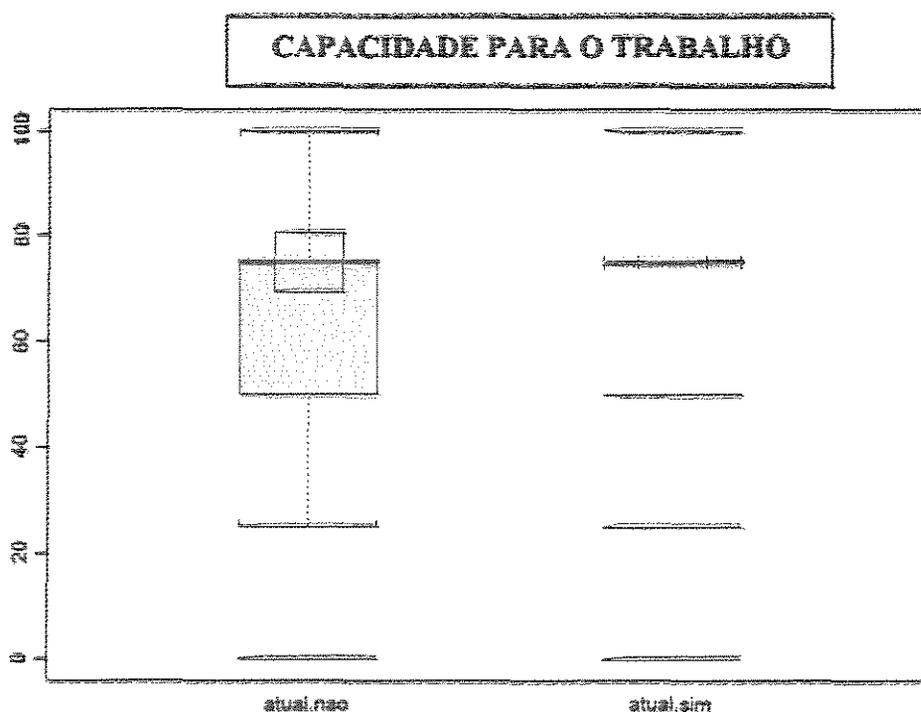
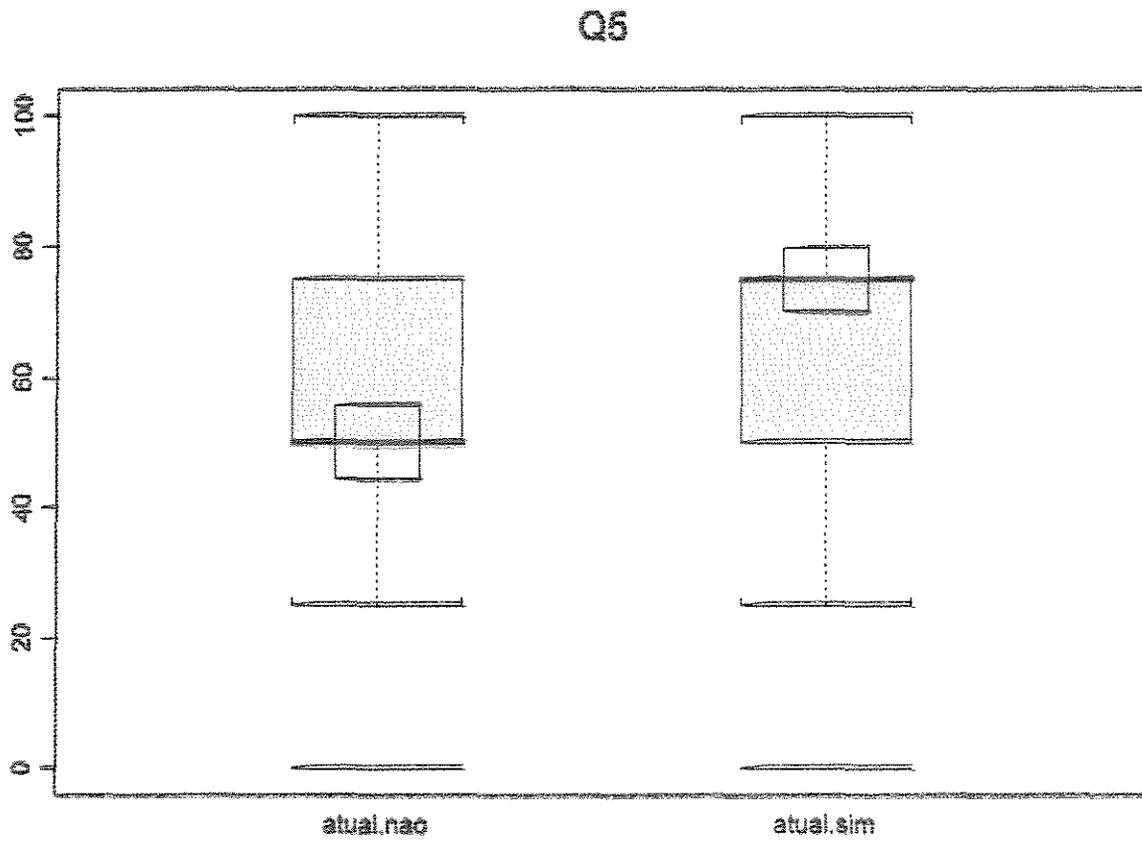


FIGURA 13

A primeira questão analisada a apresentar diferença significativa no domínio psicológico foi a Questão 05, que pergunta sobre o quanto o indivíduo aproveita a vida. Podemos ver que o grupo de ativos ficou com 50% dos respondentes entre 50% e 75% do escore nesta pergunta e a mediana ficou em 75% do escore, apontando que 50% do grupo dos ativos respondeu que aproveita “mais ou menos” ou “bastante” a vida enquanto o grupo de inativos ficou com 50% dos respondentes entre 50% e 75% do escore, mas a mediana ficou em 50%, apontando que 50% do grupo dos inativos respondeu que aproveita “muito pouco” ou “mais ou menos” a vida. Isso aponta que as pessoas que fazem atividade física atualmente avaliam a vida como mais proveitosa, do que as pessoas que não fazem atividade física atualmente.

O QUANTO APROVEITA A VIDA

FIGURA 14



Pvalor do teste de Wilcoxon = 0.061

A segunda questão, a apresentar diferença significativa no domínio psicológico foi a Questão 07, que pergunta sobre a capacidade de concentração. Podemos ver que o grupo de ativos ficou com 50% dos respondentes entre 75 e 100% do escore nesta pergunta mostrando que 50% dos ativos atualmente se concentram “mais ou menos” ou “bastante”, enquanto o grupo de inativos percebeu sua capacidade de concentração como “muito pouca” ou “mais ou menos”, apontando que os ativos atualmente percebem como melhor sua capacidade de concentração do que os inativos atualmente.

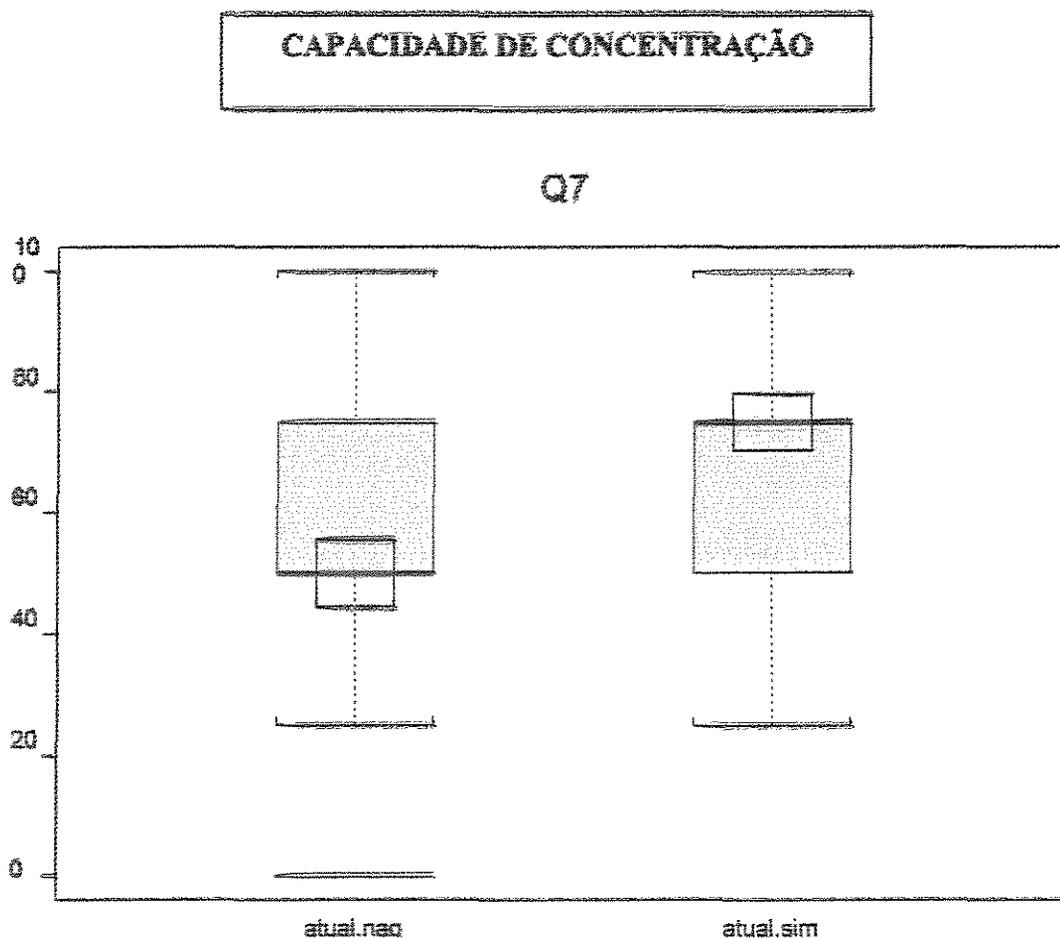


FIGURA 15

Pvalor do teste de Wilcoxon = 0.053

A terceira questão, a apresentar diferença significativa no domínio psicológico foi a Questão 11, que pergunta sobre aceitação da aparência física. Podemos ver que o grupo de ativos ficou com 50% dos respondentes entre 75 e 100% do escore nesta pergunta, enquanto o grupo de inativos ficou com 50% dos respondentes entre 45 e 75% do escore, apontando que as pessoas que fazem atividade física de lazer têm melhor aceitação de sua aparência física do que os que não fazem.

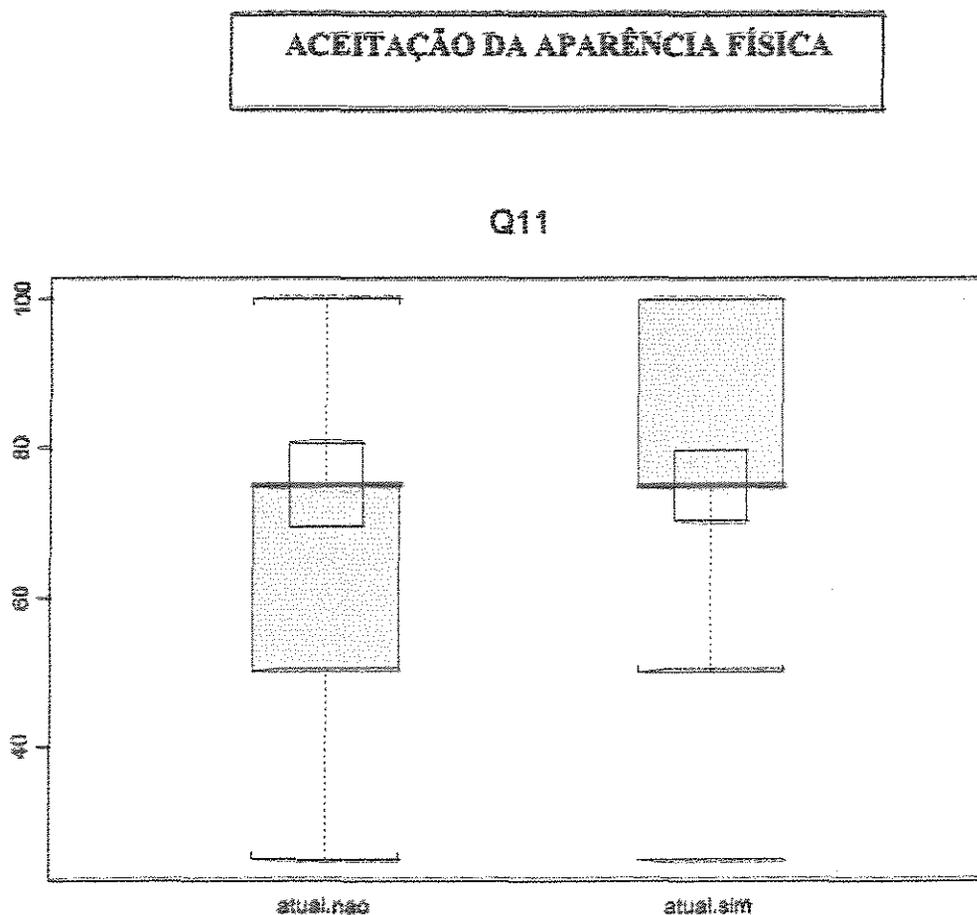


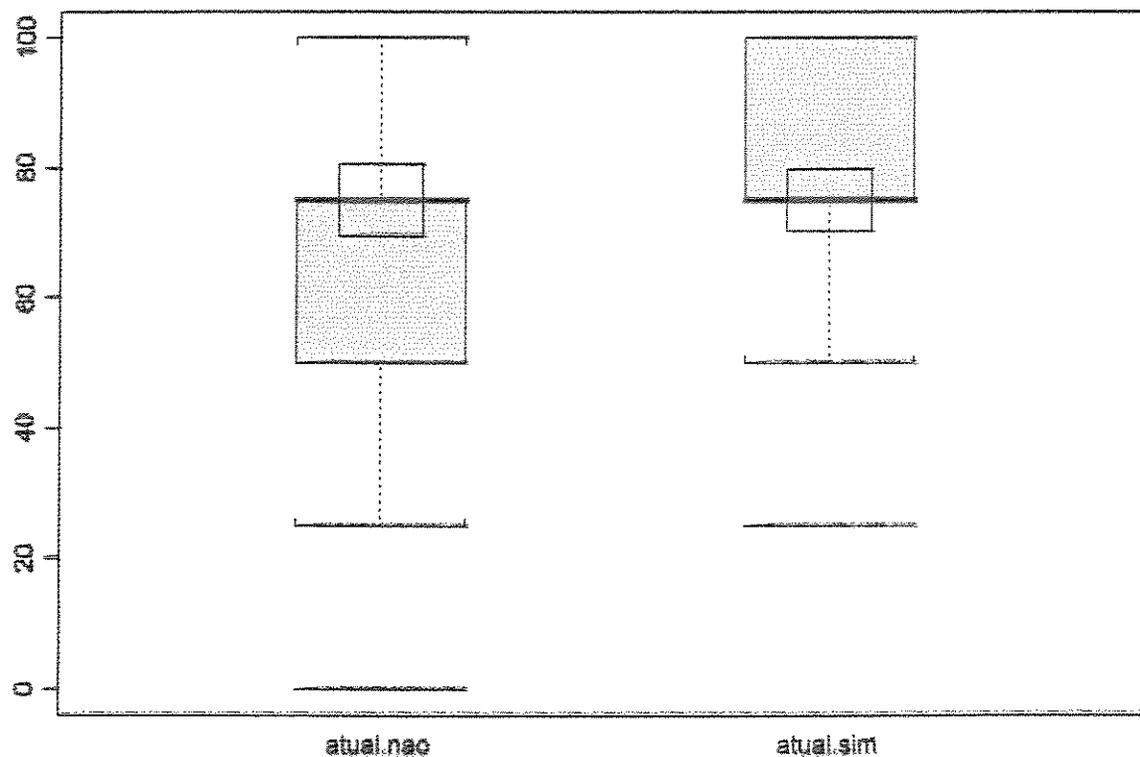
FIGURA 16

A quarta questão, a apresentar diferença significativa no domínio psicológico foi a Questão 19, que pergunta sobre a satisfação que ele tem de si próprio. Podemos ver que o grupo de ativos ficou com 50% dos respondentes entre 75 e 100% do escore nesta pergunta, enquanto o grupo de inativos ficou com 50% dos respondentes entre 50 e 75% do escore, apontando que os ativos deste grupo estão mais satisfeitos consigo mesmo do que os inativos.

SATISFAÇÃO CONSIGO MESMO

FIGURA 17

Q19



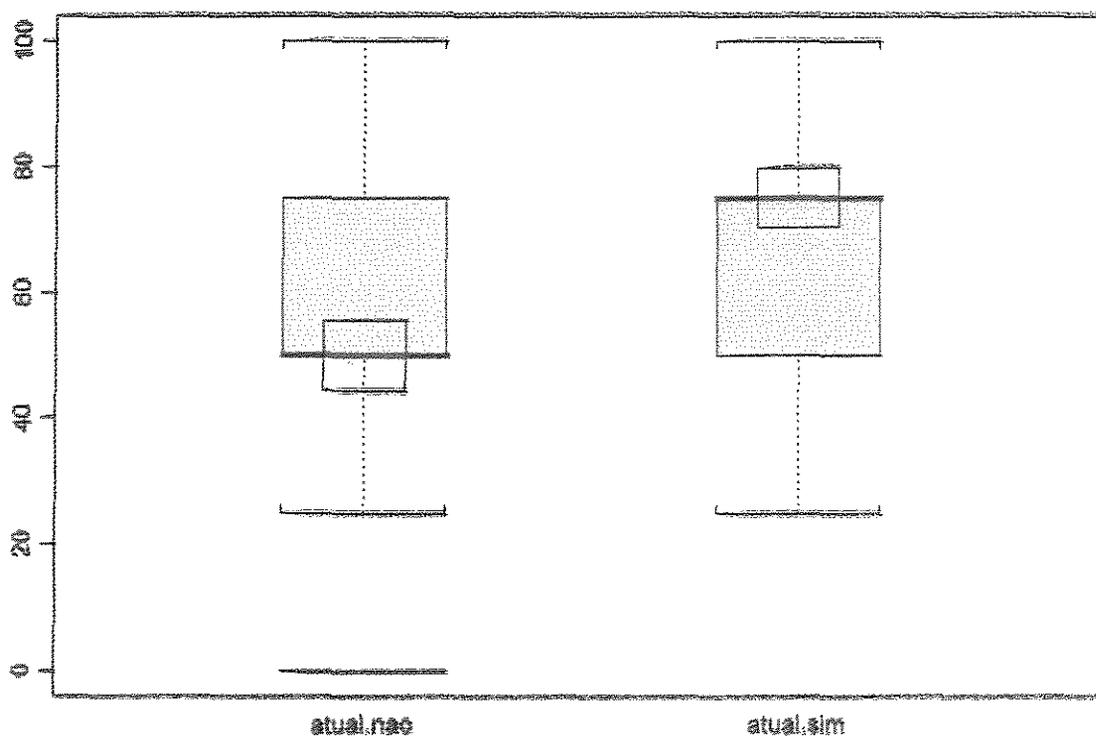
Pvalor do teste de Wilcoxon = 0.045

A primeira questão, a apresentar diferença significativa no domínio meio-ambiente foi a Questão 08, que pergunta sobre segurança no dia a dia. Podemos ver que o boxplot do grupo de ativos ficou com a mediana em 75% do escore enquanto que o boxplot dos inativos ficou com a mediana em 25% do escore, apontando que o grupo de ativos sente-se mais seguro em sua vida diária do que o grupo de inativos.

SEGURANÇA NA VIDA DIÁRIA

FIGURA 18

Q8

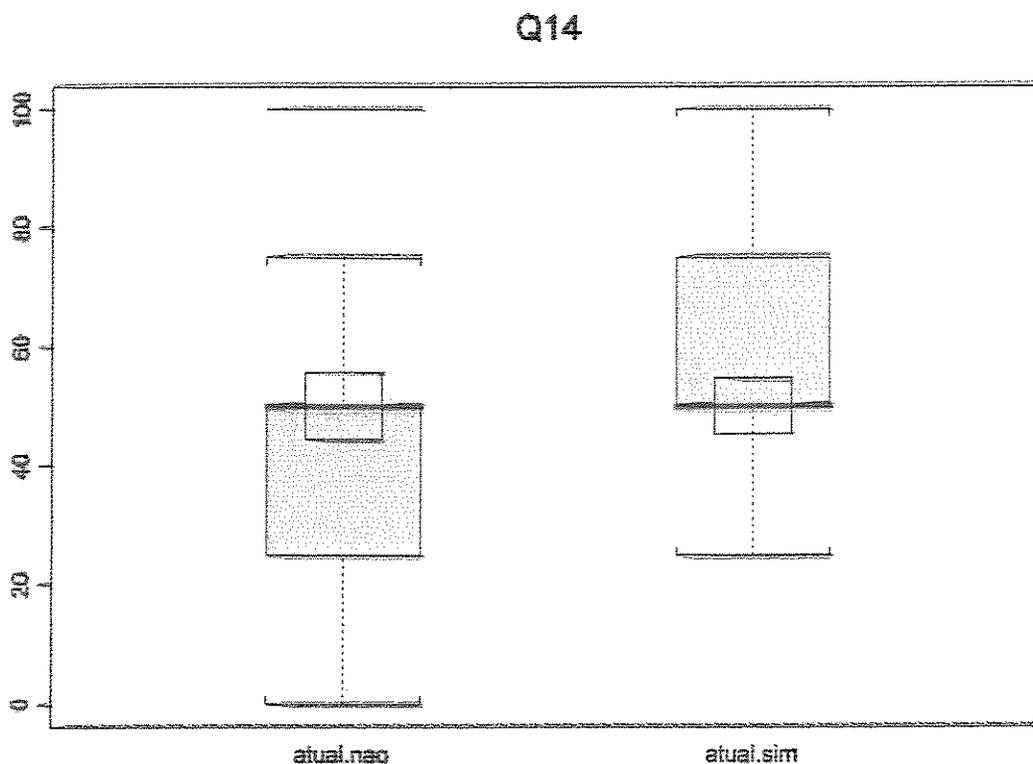


Pvalor do teste de Wilcoxon = 0,007

A segunda questão analisada, a apresentar diferença significativa no domínio meio-ambiente foi a Questão 14, que pergunta sobre oportunidades de atividades de lazer. Podemos ver que o grupo de ativos ficou com 50% dos respondentes entre 50 e 75% do escore nesta pergunta, enquanto o grupo de inativos ficou com 50% dos respondentes entre 25 e 55% do escore, mostrando que as pessoas ativas atualmente percebem mais as oportunidades de lazer ao seu alcance, do que os inativos.

OPORTUNIDADES DE LAZER

FIGURA 19



Abaixo temos um quadro ilustrativo que mostra as 11 questões que apresentaram diferença significativa e podemos visualizar em quais domínios e questões o Pvalor do teste de Wilcoxon foi menor apontando maior diferença significativa.

QUADRO 3

Número da questão	Domínio	Pergunta	Pvalor do teste de Wilcoxon
Q2	ÂMBITO GERAL	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	0,003
Q3	FÍSICO	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	0,024
Q10	FÍSICO	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	0,017
Q17	FÍSICO	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	0,035
Q18	FÍSICO	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	0,002
Q5	PSICOLÓGICO	O quanto você aproveita a vida?	0,061
Q7	PSICOLÓGICO	O quanto você consegue se concentrar?	0,063
Q11	PSICOLÓGICO	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	0,012
Q19	PSICOLÓGICO	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	0,045
Q8	MEIO-AMBIENTE	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	0,007
Q14	MEIO-AMBIENTE	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	0

Tivemos 4 questões do domínio físico, 4 do domínio psicológico, 2 do domínio meio-ambiente e 1 de âmbito geral a apresentarem diferença significativa entre grupo de idosos ativos e não ativos. Das questões do domínio

físico a que apresentou maior índice de diferença significativa foi a que pergunta sobre a capacidade que o respondente tem para o trabalho (Pvalor do teste de Wilcoxon = 0,002). No domínio psicológico, a que teve maior diferença significativa foi a questão 11, que pergunta sobre a aceitação da aparência física (Pvalor do teste de Wilcoxon = 0,012). No domínio meio-ambiente a que apresentou maior diferença significativa foi a que pergunta sobre as oportunidades de lazer que o idoso avalia que possui (Pvalor do teste de Wilcoxon = 0). A outra questão do domínio meio-ambiente que também apresenta grande diferença significativa, é a que pergunta sobre a segurança na vida diária (Pvalor do teste de Wilcoxon = 0,002).

5.3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa proposta ao iniciarmos este trabalho, era mostrar evidências de que idosos que possuem um estilo de vida ativo, teriam uma melhor avaliação subjetiva da sua qualidade de vida. Através das pesquisas relatadas neste trabalho, ficam evidentes os benefícios fisiológicos que a presença de atividades físicas promovem na vida do indivíduo, seja ele idoso ou não. Porém o que queríamos detectar era se a presença da atividade física ao longo da vida do idoso e atualmente, modificava a percepção do mesmo em relação à sua qualidade de vida avaliada subjetivamente.

Na realidade o idoso relaciona-se de maneira diferente com o meio ambiente e consigo mesmo. Os valores modificam-se ao longo da vida, a posse das coisas físicas, materiais, não têm significado como as relações humanas familiares, sociais e consigo mesmo. Sua participação socialmente ativa diminui com o decorrer dos anos. O relacionamento com a família modifica-se muitas vezes, de mantenedor para mantido.

A relação consigo mesmo, altera-se com as mudanças fisiológicas advindas com a idade avançada, onde há perda de massa muscular e força, a agilidade e velocidade dos movimentos diminuem, porém em contrapartida a precisão dos movimentos e a atenção aumentam relativamente.

A atividade física pode minimizar essas perdas, retardando o processo degenerativo, mantendo o idoso saudável por mais tempo, possibilitando assim, que o mesmo faça melhor avaliação de sua qualidade de vida.

Considerar que a atividade física possa ter influência sobre a avaliação da qualidade de vida individual é importante, já que a avaliação da própria vida como satisfatória, traz ao indivíduo as sensações de bem-estar, alegria e felicidade, que possibilitarão ao mesmo uma velhice bem-sucedida.

No próprio constructo teórico do instrumento WHOQOL-bref utilizado nessa pesquisa, as atividades físicas e o lazer é focado como um fator de qualidade de vida. Segundo PARKER (1978), o lazer pode contribuir para outros objetivos educacionais – compreender o mundo, obter saúde e estabilidade emocional, apreciar e expressar a beleza. O autor ainda afirma que *“O mais importante não é que as pessoas freqüentem os parques, as praias e as bibliotecas, mas que usem seu lazer de maneira gratificante e criativa – com ou sem os recursos apresentados pela sociedade”*.

PARKER (1978) ainda afirma que, para o indivíduo, o lazer pode muitas vezes significar uma fonte de identidade pessoal ou com o grupo. Essa afirmativa reflete exatamente, o que ocorreu em nossa experiência pessoal, com o grupo de idosos com o qual trabalhamos.

Segundo Néri (1993) qualidade de vida na velhice tem relação direta com bem-estar percebido. A avaliação subjetiva que o idoso faz da competência de seu comportamento deve influenciar a qualidade de vida percebida do mesmo, porque a velhice não é só a idade cronológica, mas muito mais um estado de espírito.

Na análise dos dados de nossa pesquisa, das 26 questões que o instrumento utilizado, o WHOQOL-*bref* contém, em 11 delas, os escores apresentados pelos grupos de ativos comparados ao grupo de inativos, apresentaram diferença significativa após serem submetidas ao teste de Wilcoxon.

A questão 2, de âmbito geral do instrumento WHOQOL-*bref* que aborda a satisfação com a saúde, foi a primeira a apresentar diferença significativa (vide quadro 3, à pág. 68), com os idosos fisicamente ativos avaliando-se mais satisfeitos com sua saúde do que os inativos. Esses dados estão de acordo com a argumentação de outros pesquisadores. VITTA (2000), o autor fala que a participação regular em atividades físicas e sociais tem efeitos que previnem, evitam e diminuem o estresse, e aumentam a resistência a doenças. O autor ainda cita que “a atividade física regular e sistemática aumenta ou mantém a aptidão física da população idosa e tem potencial para melhorar o bem-estar funcional e, conseqüentemente, diminuir a taxa de morbidade e de mortalidade

entre essa população, devido às doenças coronarianas, à hipertensão, ao diabetes não-insulino dependente e ao câncer”. OKUMA (1998) afirma que “a atividade física regular tem impacto na manutenção da capacidade funcional dos idosos e importantíssimos efeitos na prevenção e no tratamento de doenças crônicas que podem surgir com o envelhecimento”. A autora ainda fala que a atividade física pode diminuir a taxa de morbidade e de morte precoce, além de preservar a qualidade de vida de idosos e aumentar a longevidade em condições ótimas de saúde. Podemos comprovar, portanto, que pessoas idosas que se mantêm ativas, além de usufruir os benefícios fisiológicos que as pesquisas acima apontaram, acham-se mais satisfeitas com seu estado de saúde.

No domínio físico, constatou-se diferença significativa em 4 questões, com o grupo de ativos fisicamente avaliando-se melhor que os inativos fisicamente. Esses resultados estão respaldados na literatura pelos seguintes autores: VITA (2000) afirma que boa saúde física é um poderoso preditor de bem estar na velhice. Segundo o autor, satisfação com a vida, saúde visivelmente boa e senso de auto-eficácia são, também, importantes indicadores de bem estar na velhice e que exercícios, feitos regularmente, não somente favorecem a capacidade física, a resistência e a flexibilidade, como aumentam a velocidade psicomotora e o desempenho neuropsicológico. OKUMA (1998), afirma que estudos vêm evidenciando a atividade física como recurso importante para

minimizar a degeneração provocada pelo envelhecimento, possibilitando ao idoso manter uma qualidade de vida ativa. Segundo a autora, evidências demonstram que mais da metade do declínio da capacidade física dos idosos é devida ao tédio, à inatividade e à expectativa de enfermidades e 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. Pesquisas norte americanas sugerem que 50% do declínio, freqüentemente atribuído ao envelhecimento biológico, na realidade é provocado pela atrofia por desuso, resultante da inatividade física que caracteriza os países industrializados (Spirduso, 1989).

Das quatro questões do domínio físico a apresentarem diferença significativa, a que teve menor índice de Wilcoxon, apresentando maior diferença entre os dois grupos de ativos e inativos atualmente, foi a questão que pergunta sobre quão capaz o idoso se sente para o trabalho. Ficou evidenciado, portanto em nossos dados, que pessoas que praticam atividade física atualmente sentem-se mais dispostas e capazes para o trabalho do que as inativas atualmente. Embora esse idoso, ativo avalie como satisfatória sua capacidade para o trabalho, muitas vezes ele não encontra no mercado de trabalho espaço para que ele possa continuar atuante e produtivo. Esse fato pode então gerar uma

insatisfação e as atividades físicas em grupo, oportunizadas pelos Grupos de atividades físicas dirigidos às pessoas idosas e Universidades abertas à Terceira Idade pode resignificar a vida dessas pessoas. Em nossa experiência pessoal, trabalhando com pessoas idosas, tivemos depoimentos que revelaram, que a partir do momento que se integraram ao grupo, suas vidas passaram a ter novo significado, pois passaram a se sentir úteis, importantes socialmente e capazes fisicamente. SETTERSTEN (1997), cita estudos que a depressão está associada a diversas variáveis psicossociais, incluindo maior stress, menor apoio social, interação e habilidade social reduzida e engajamento em menos atividades prazerosas. Conseqüentemente, se o idoso através da atividade física praticada em grupos, consegue obter satisfação para sua vida, sentindo-se apoiado e valorizado socialmente, reintegrado à vida social terá provavelmente menor chance de se tornar depressivo.

No domínio psicológico também tivemos quatro questões que apresentaram diferença significativa. VITTA (2000) afirma que idosos ativos são mais independentes, autônomos e sadios e que boas condições de saúde física têm um efeito direto e significativo sobre a diminuição da angústia e estão relacionados a altos níveis de integração social e auto-estima. Saúde física e psicológica determinam a ocorrência de uma boa qualidade de vida na velhice, segundo o autor.

OKUMA (1998) escreve que a atividade física está positivamente associada à saúde psicológica e ao bem-estar emocional. Numa revisão de 12 estudos sobre experiências clínicas com depressão e atividade física, realizado por Martinsen (1998), houve indicação que para a depressão a atividade física é mais eficaz que qualquer outro tratamento psicoterápico, mostrando um efeito antidepressivo. No entanto o autor afirma que a atividade física deve ser utilizada como coadjuvante no tratamento e não como a única forma de tratar o problema, já que os melhores resultados foram em depressões leves e moderadas.

Segundo DEPS (1993), há evidências de que a atividade física tem implicações sobre a qualidade e a expectativa de vida. Segundo a autora, dados obtidos em estudos transversais e longitudinais com pessoas idosas indicam que o exercício aeróbico, feito regularmente, facilita o desempenho neuropsicológico (Stones e Kozma, 1989). Segundo a autora, a atividade física favorece a obtenção de satisfação pessoal para o idoso, uma vez que empresta significado à existência, pode contribuir para a interação social significativa, para a profilaxia e cura do estresse e prevenção das doenças prolongando a vida. A atividade física repercute favoravelmente no desenvolvimento, favorecendo a saúde física e mental.

Das quatro questões do domínio psicológico, a que apresentou maior diferença significativa entre os dois grupos analisados (ativos e não ativos

atualmente), foi a que perguntou sobre a aceitação da aparência física, e ficou evidenciado que idosos que praticam atividade física atualmente avaliam como melhor sua capacidade de aceitar sua aparência física do que os inativos. FREEDMAN, R (1994), afirma que a forma como o idoso se sente sobre sua imagem envelhecendo, certamente influencia seu comportamento e sua auto-estima. A autora ainda fala que o amor ao próprio corpo tem de crescer para sobreviver ao processo de envelhecimento. Quanto à prática de atividades físicas, ela fala que o exercício não melhora somente a saúde, mas a aparência pessoal também, e a falta de exercício estimulariam a letargia, a falta de flexibilidade e a fraqueza muscular. Isso evidencia que os dados obtidos em nossa pesquisa estão em acordo com a autora acima citada.

No domínio meio-ambiente, tivemos duas questões que apresentaram diferença significativa. Uma delas pergunta sobre quão seguro o idoso se sente em sua vida diária, que apresentou Pvalor no teste de Wilcoxon = 0,007, indicando grande diferença das respostas dos idosos ativos atualmente contra a dos inativos atualmente, com o grupo de ativos avaliando que se sentem mais seguros no dia a dia. De acordo com NERI (2001), a qualidade de vida na velhice está diretamente relacionada com a existência de condições ambientais que permitam aos idosos se adaptarem biológica e psicologicamente. A autora ainda fala que, para que as pessoas idosas sintam-se adaptadas ao ambiente é

necessário que este seja compatível com as capacidades físicas das mesmas. MATSUDO (2001), mostra a relação da atividade física com a capacidade funcional do idoso. Seus estudos e a revisão literária que a autora faz de outros pesquisadores, aponta que a prática de atividades físicas proporciona ao idoso uma minimização nas perdas funcionais e a otimização de algumas funções orgânicas que poderão melhorar a capacidade funcional do indivíduo, proporcionando ao mesmo maior independência e autonomia. Na continuidade das afirmações de MATSUDO (2001), NERI (2001) afirma que quando os idosos gozam de independência e autonomia, eles próprios podem providenciar arranjos para que seu ambiente se torne mais seguro, cuidando da iluminação, da disposição dos móveis e acessórios, da segurança dos calçados e da disposição de objetos, de forma a tornar seu cotidiano mais confortável. Segundo OKUMA (1998) as pessoas que sempre praticaram atividade física mostram-se mais confiantes e emocionalmente mais seguras do que aquelas que a iniciam mais tarde ou que nunca a praticam.

A outra questão do domínio meio-ambiente, que pergunta sobre as oportunidades de lazer que o respondente acha que tem acesso, apresentou Pvalor no teste de Wilcoxon = 0, o que apresenta resultados entre os grupos de ativos e inativos atualmente totalmente diferenciados, apontando que as pessoas ativas atualmente conseguem visualizar as oportunidades de lazer que estão

acessíveis a eles e os não ativos, não visualizam as mesmas e conseqüentemente se mantêm inativos, longe das práticas físicas de lazer.

GALLAHUE e OZMUN (2001), observaram que vários aspectos do domínio motor influenciam os estados psicológicos e as características sociais do indivíduo adulto e idoso. Esses autores sugerem que a possibilidade da pessoa ter uma vida ativa fisicamente, ter a capacidade de realizar as atividades cotidianas e exercitar-se são alguns fatores que influenciam positivamente sobre o que ela sente, sobre sua auto-avaliação e sobre como os outros a vêem. Para eles o nível de aptidão física afeta as condições psíquicas e sociais.

Na análise de nossos dados, obtidos com o instrumento *WHOQOL-bref*, em 42% das questões, a presença de atividades físicas influenciou a avaliação subjetiva da qualidade de vida dos idosos, tendo o grupo de ativos avaliado sua vida com melhor qualidade.

Parte do nosso grupo de inativos (49%) foi composto por indivíduos que praticaram atividades físicas no passado, e isso pode ter influenciado nos resultados finais. Se tivéssemos um grupo de inativos, composto totalmente por indivíduos que tivessem sido também inativos ao longo de toda a vida, possivelmente essa diferença entre os inativos e ativos atualmente teria sido mais evidente em todos os domínios, atingindo até mesmo a totalidade das questões do instrumento.

Mas tão importante quanto esses dados, obtidos pelas pesquisas, a respeito dos benefícios fisiológicos e psicológicos do exercício físico, é avaliar o significado da atividade física para o idoso. Não é somente o fato de fazer atividades corporais, que permitam a melhora de algumas qualidades físicas, o aumento de reservas e a diminuição das perdas que é importante. O significado pessoal e social da atividade física é relevante, porque o idoso, ao longo de sua vida, perde alguns papéis sociais significativos, que representavam muitas vezes, a razão de suas vidas, e ao perder esses papéis, de mantenedor da família, do significado do trabalho, ele poderá vir a se deprimir, na perda dos grupos ou ao se afastar das atividades de identificação social.

Em nossa experiência pessoal, trabalhando atividades corporais e cognitivas com grupos de idosos, pudemos visualizar e testemunhar a melhora do bem-estar desses idosos, que verbalizaram que após o ingresso no grupo de atividades físicas, reencontraram razão para viver e novo significado para suas vidas, nessa fase onde estavam se sentindo marginalizados socialmente e um peso para a família.

A participação em grupos de atividades físicas devolve ao idoso, não somente a percepção de que ele ainda pode realizar tarefas físicas com seu corpo, mas também possibilita o reencontro com um grupo social de identidade própria que melhora a auto-estima e bem-estar percebido do mesmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BULLINGER, M. Ensuring international equivalence of quality of life measures: problems and approaches to solutions. In: ORLEY, J., KUYKEN, W. **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer Verlag, pgs. 33-40, 1994.
- BULLINGER, M., ANDERSON, R., CELLA D, Aaronson. Developing and a evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. **Quality Life Res.** n. 2, pgs. 451-9, 1993.
- BUTLER, R. N., DAVIS, R., NELSON, M. E., STRAUSS, E. Physical Fitness: How to help older patients live stronger and longer. **Geriatrics**, Vol.53, nº 09, pg.26-40, Setembro 1998.
- _____ . Physical Fitness: Exercise prescription for older adults. **Geriatrics**, Vol.53, nº 11, pg.45-56, Novembro1998.
- _____ . Physical Fitness:Benefits of exercise for the older patients. **Geriatrics**, Vol.53, nº 10, pg.46-62, Outubro 1998.
- CAMPBELL, A., CONVERSE, P. E. e RODGERS, W. L. The quality of american life, in: NERI, A. L. (org), **Qualidade de vida e idade madura**, Campinas: PAPIRUS, pgs. 109 – 133, 1993.

- DEPS, V. L., Atividade e bem-estar psicológico na maturidade. In: NERI, A. L., **Qualidade de vida e idade madura, Campinas: Papirus**, pgs. 57-82, 1993.
- DUMAZEDIER; J. **Sociologia Empírica do Lazer**. EP. Perspectiva. São Paulo: Perspectiva SESC, 1999.
- ELIAS, N. **O processo civilizador: Uma História dos Costumes**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994.
- _____ **O processo civilizador: Formação do Estado e Civilização**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994.
- _____ **A Solidão dos Moribundos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.
- FLECK, M. P. A., LEAL, O. F., LOUZADA, S., XAVIER, M., CHACHAMOVICH, E., VIEIRA, G., SANTOS, L., PINZON, V., Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, v.33, n.2, São Paulo, abril/1999.
- FLECK, M. P. A., LOUZADA, S., XAVIER, M., CHACHAMOVICH, E., VIEIRA, G., SANTOS, L., PINZON, V., Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida

"WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, vol.34, n.2, São Paulo, Abril/2000.

- FOX-RUSHBY, J., PARKER, M. Culture and the measurement of health-related quality of life. **Rev Eur Psychol Appl**, n. 45, pgs. 257-63, 1995.
- FREEDMAN, R. **Meu corpo... meu espelho**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994.
- GALLAHUE, D., OZMUN, J. **Compreendendo o desenvolvimento motor**. São Paulo: Phorte editora, 2001.
- GALLO JR., L., MARIN-NETO, J.A., MACIEL, B.C. Atividade Física: "Remédio" cientificamente comprovado?, in: **A Terceira Idade, Revista do SESC**, ano VI, n.10, pgs.36-43, julho/95.
- GILL, T., FEINSTEIN, A. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. **JAMA**, n. 272, pgs. 619-26, 1993.
- GONÇALVES, A., PIRES, G. L., MATIELLO JR, E. Alguns olhares sobre aplicações do conceito de qualidade de vida em educação física/ciências do esporte, em: **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, nº 20 (1), pgs. 54-57, setembro/1998.
- GUYATT, G., FEENY, D., PATRICK, L. Measuring health related quality of life. **Ann Inter Med**, n. 118 pgs.622-9, 1993.

- HASKELL, W. L. Physical activity and the diseases of technologically advanced society, In: MATSUDO, S. M. M., **Envelhecimento e atividade física**. Londrina: Midiograf, 2001.
- IBGE, censo de 2000. Tabela - População residente, por situação do domicílio e sexo, segundo os grupos de idade – Brasil, vide anexo 1.
- IWANOWICZ, J.B. **A Satisfação das relações familiares de lazer dos idosos ao longo de suas vidas**. 5º Congresso Mundial do Lazer, São Paulo, Outubro de 1998.
- JONSEN, A. R., SIEGLER, M., WINSLADE, W. J. Clinical ethics : a practical approach to ethical decisions in clinical medicine. In: Lewis, M. (Ed.) **Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook**. (2nd Edition). Baltimore: Williams & Wilkins, pp. 956-968, 1996.
- LAUKKANEN, P., KAUPPINEN, M., ERA, P., HEIKKINEN, E. Factors related to coping with physical and instrumental activities of daily living among people born in 1904-1923. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, n.8, pgs. 287-296, 1993.

- McAULEY, E. e RUDOLPH, D. Physical activity, aging, and psychological well-being. **Journal of aging and physical activity**, n.3, pgs.67-96, 1995.
- MARTINSEN, E. W. Physical activity and depression: Clinical experience. Em: OKUMA, S. S. **O idoso e a atividade física**. Campinas: Papirus, 1998.
- MATSUDO, S.M.M. **Envelhecimento e atividade física**. Londrina: Midiograf, 2001.
- MINAYO, M.C.S., HARTZ, Z. M. A., BUSS, P .M. Qualidade de vida e Saúde: um debate necessário. **Cadernos de Saúde Coletiva**, ano 3, nº 18, 2000.
- NATIONAL AGING INFORMATION CENTER, disponível em <http://www.agingstats.gov/chartbook2000/population.html>, acesso em 18 de novembro de 2002.
- NERI, A. L. (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus, 1993.
- _____ . **Psicologia do Envelhecimento**. Campinas: Papirus, 1995.
- _____ . **Desenvolvimento e envelhecimento**. Campinas: Papirus, 2001.

- OKUMA, S. S. **O idoso e a atividade física**. Campinas: Papyrus, 1998.
- PATRICK, D., WILD, D J, JOHNSON et al. Cross cultural validation of quality of life measures: problems and approaches to solutions. In: ORLEY, J., KUYKEN, W. **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer Verlag, pgs. 19-32, 1994.
- PARKER, S. **A Sociologia do Lazer**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.
- RUDINGER, G. E THOMAE, H. The Bonn longitudinal study of aging: coping life adjustment, and life satisfaction. In: BALTES, P. B. e BALTES M. M. **Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
- SALGADO, M. A. **Velhice, uma nova questão social**. São Paulo: SESC, 1982.
- SETTERSTEN Jr., R. A., MAYER, K. U. The measurement of age, age structuring, and the life course. **Annual Reviews**, <http://www.annualreviews.org/>, núm.23, pgs. 233-261, 1997.

- SHIN, D. C. e JOHNSON, D. M. - **Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life.** Social Indicators Research 5: 475-92, 1978, In: Bowling, A. Measuring health - A review of quality of life measurement scales. Buckingham: Open University Press, 1997.
- SIMÕES, R. **Corporeidade e terceira idade: A marginalização do corpo do idoso.** Piracicaba: Editora Unimep, 1998.
- SPIRDUSO, W. Physical dimensions of aging: Introduction. In: SPIRDUSO, W e ECKERT, H. (orgs.). **Physical activity and aging.** American Academy of Physical Education Meeting. Champaign: Human Kinetics Publishers, pgs 1-5, 1989.
- _____ . **Physical dimensions of aging.** Champaign, Human Kinetics, 1995.
- STONES, M. J. e KOZMA, A. Happiness and activities in later life: A propensity formulation. **Canadian Psychology**, n.30, p.3, 1989.
- THOMAS, J. R. e NELSON, J. K. **Métodos de pesquisa em atividade física.** Porto Alegre: ARTMED, 3ª ed., 2002.
- VITTA, A. Atividade Física e bem-estar na velhice. In: FREIRE, S. A. e NERI, A. L., **E por falar em boa velhice.** Campinas: PAPIRUS, 2000.

- WHOQOL GROUP, The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer Verlag, p 41-60, 1994.
- WHOQOL GROUP, The World Health Organization Quality of life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization . **Social Science and Medicine**, n.41 (10): 1.403-1.409, 1995.
- WHOQOL GROUP, The World Health Organization quality of life assesment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science and Medicine**, n. 46(12):1569-85, 1998.

BIBLIOGRAFIA DE APOIO

- ALMEIDA, V. L. V. A identidade e a subjetividade do idoso. **Revista Kairós – Gerontologia** / Núcleo de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento. Programa de Estudos Pós-graduados em Gerontologia/PUC – SP, ano 1, nº 1, São Paulo: EDUC, 1998.
- BALLONE; G. J. **Envelhecimento e velhice: uma nova realidade**. Paulínia: Prefeitura Municipal, 1981.

- BALTES, P. B. e BALTES M. M. **Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences.** Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
- BEAUVOIR, S. **Velhice.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BELL, B. D., Ph.D. **Contemporary social gerontology, significant developments in the field of aging.** Springfield, Ill.: Thomas, c 1976.
- BIRREN; J. E. **Handbook of aging in the individual.** San Diego : Academic, c1990.
- BIRREN, J.E., SCHAIE, K.W. **Handbook of the Psychology of aging.** 4ª ed., San Diego: Academic, 1990.
- BONDER, B. R., Ph.D. Run (or walk briskly) for your life: exercise in later life. Cleveland State University / **The Gerontologist**, Vol 38, nº 06, pg.757-760, Dez., 1998.
- BOSWORTH, H. B., SCHAIE, K. W., WILLIS, S. L., SIEGLER, I. C., Age and distance to death in the Seattle Longitudinal Study. **Research on Aging**, vol 21, nº 06, Nov. 1999.
- BROCHSZTAIN, C. “O susto ao espelho: um estudo psicológico do envelhecer”. **Revista Kairós – Gerontologia** / Núcleo de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento. Programa de Estudos Pós-graduados em Gerontologia/PUC – SP, ano 1, nº 1, São Paulo, EDUC, 1998.

- BRUHNS, H. T. (org) **Introdução aos estudos de lazer**. Campinas: Editora da UNICAMP – 1997.
- CARTER, B., Mc GOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar, uma estrutura para a terapia familiar**. 2ª edição, Porto Alegre: Artes médicas, 1995.
- CASERTA, M. S., PhD e GILLETT, P.A. PhD. Older Women's Feelings About Exercise and Their Adherence to an Aerobic Regimen Over Time. **The Gerontologist**, Vol.38, nº 05, pg.602-609, 1998.
- CASTELLANI FILHO, L. **Educação Física no Brasil: a história que não se conta**. Campinas: Papyrus, 1988.
- COSTA, V. L. L. **Gerontomotricidade no mundo da vida: uma linguagem historicamente emergente**. Encontro de História do Esporte, Lazer e Educação Física, Maceió – AL – 1997.
- CUSACK, S. A., THOMPSON, W. J. A. Mental fitness: developing a vital aging society: Mens sana in corpore sano. Simon Fraser University – **International Journal of lifelong Education**, vol.17, nº 05, pgs. 307-317, set/out. 1998.
- EDEN, L., EJLERTSSON, G., PETERSSON, J. Quality of life among early retirees. **Experimental Aging Research**, vol. 25, nº 04, 1999.

- HAYFLICK, L. (1996). **Como e por que envelhecemos**. Rio de Janeiro: Ed. Campus. (Caps 1, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 20 e 21). Tradução do original em inglês de 1994.
- HINDS, P. – **Quality of life in children and adolescents with cancer**. Semin Oncol Nurs 6: 285-291, 1990.
- IWANOWICZ, J.B. O lazer do idoso e o desenvolvimento pró-social In: BRUHNS, H.T. **Temas sobre Lazer**, Campinas: Autores Associados, 2001.
- KALACHE, A., Seguir ativos para envelhecer bem. **Boletín de la Organización Mundial de la Salud**, Recompilación de artículos nº 01, pg.06, 1999.
- KIMMEL, D.C. **Adulthood and Aging: an interdisciplinary developmental view**. New York: Wiley, 1980.
- KLINEFELTER, D.S. **Aging, autonomy, and the value of life**. Journal of Applied Gerontology, 3 (1), pp.7-19, 1984.
- LIMA, C. A. M., BERTOLOTE, J.M., WERTHEIMER, J., CAMUS, V., Educação na psiquiatria da pessoa idosa: a terceira reunião de consenso de Lausanne. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 48 (5): 187-190, 1999.

- LYNCH, S. A., PhD. Who Supports Whom? How Age and Gender Affect the Perceived Quality of Support from Family and Friends. **The Gerontologist**, Vol.38, nº 02, pg.231-238, Abril 1998.
- MICHEL, J. B. **Jubilacion Autonoma, relaciones com los hijos y fortalecimiento de la pareja**. UNIVERSIDADE DE PARIS VII, In: Gerontologie, nº 33, Janeiro 1980.
- NERI, A. L., DEBERT, G. G. (orgs.). **Velhice e Sociedade**. Campinas: Papirus, 1999.
- NERI, A. L., FREIRE, S.A. **E por falar em boa velhice**. Campinas: Papirus, 2000.
- NOVAES, M.H. **Psicologia da Terceira Idade** . São Paulo: Nau Editora, 2ª Ed., 1997.
- ORLEY, J., SAXENA, S. e HERRMAN, H. Quality of life and mental illness. **British Journal of Psychiatry** ,172, pgs.291-293, 1998.
- PAPALÉO NETTO, M. (org.). **Gerontologia**. S P: Ed. Atheneu, 1997.
- PARKER, S. A **Sociologia do Lazer**. Rio de Janeiro: ZAHAR EDITORES, 1978.
- REAMAN, G. H. e HAASE, G. M. **Quality of life research in childhood cancer**. The time is now. *Cancer* 78(6): 1330- 1332, 1996.

- ROSENBAUM, P.; CADMAN, D. e KIRPALANI, H. Pediatrics: Assessing quality of life. In: Spilker, B. (Ed.) **Quality of Life Assessment in Clinical Trials**. New York: Raven Press, pp. 205-215, 1990,
- SANTINI, R. C. G. **Dimensões do Lazer e da Recreação - Questões Especiais, Sociais e psicológicas**. São Paulo: ANGELOTTI, 1993.
- SHEPARD, R. J. Age and Physical Work Capacity. **Experimental Aging Research**, vol. 25, nº 04, 1999 .
- TAVARES, E. L. e ANJOS, L. A. Perfil antropométrico da população idosa brasileira. Resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(4): 759-768, out-dez, 1999.
- TAYLOR, R. E., LEESE, M., CLARKSON, P., HOLLOWAY, F. e THORNICROFT, G. Quality of life outcomes for intensive versus standard community mental health services. **British Journal of Psychiatry**, 173, pgs. 416-422, 1998.
- TEEL, C. S., CARSON, P., HAMBURG, J. e CLAIR, A. A. Developing a movement program with music for older adults. **Journal of Aging and Physical Activity**, vol. 07, nº 04, Outubro 1999.
- VARGAS; H.S. **A Depressão no idoso: fundamentos**. São Paulo: BYK, 1992.

- WHOQOL-*bref* – obtenção do instrumento abreviado e completo, <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol84.html>, acesso em 17 de fevereiro de 2003.
- WILCOX, S., KING, A. C., Glenn S. BRASSINGTON, G. S. e AHN, D. K. Physical Activity Preferences of middle-aged and older adults. **Journal of Aging and Physical Activity**, vol. 07, nº 04, Outubro 1999.
- WISHARD; R. W. **Rights of the Elderly and retired: A people's Handbook**. Colorado: Triad Pub Co, 1978.
- WOOD, R. H., ALVAREZ, R. R., MARAJ, B., METOYER, K. L. e WELSCH, M. A. Physical Fitness, Cognitive Function, and Health related – Quality of life in older adults. **Journal of Aging and Physical Activity**, vol. 07, nº 03, Julho 1999.
- ZAJKO, W.C. Active aging in the new millenium. **Journal of Aging and Physical Activity**, vol. 07, nº 03, Julho 1999.

Censo Demográfico 2000 - Resultados do universo

Tabela - População residente, por situação do domicílio e sexo, segundo os grupos de idade - Brasil

Grupos de idade	População residente								
	Total	Homens	Mulheres	Situação do domicílio e sexo					
				URBANA			RURAL		
				Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
45 a 49 anos	8 721 541	4 216 418	4 505 123	7 308 821	3 472 375	3 837 246	1 411 920	744 043	667 877
50 a 54 anos	7 062 801	3 415 878	3 646 923	5 833 659	2 764 708	3 068 951	1 228 942	650 970	577 972
55 a 59 anos	5 444 715	2 585 244	2 859 471	4 387 966	2 032 135	2 355 830	1 066 720	553 109	503 611
60 a 64 anos	4 800 929	2 153 209	2 647 720	3 712 213	1 676 323	2 035 890	888 716	476 886	411 830
65 a 69 anos	3 581 106	1 639 325	1 941 781	2 916 899	1 284 312	1 632 587	664 207	354 513	309 694
70 a 74 anos	2 742 302	1 229 329	1 512 973	2 249 617	966 115	1 283 502	492 685	263 214	229 471
75 a 79 anos	1 779 587	790 571	989 016	1 456 865	610 767	845 898	322 922	169 804	153 118
80 a 84 anos	1 036 034	428 501	607 533	841 798	331 002	510 796	194 236	97 496	96 737
85 a 89 anos	534 871	208 088	326 783	436 121	160 379	275 742	98 750	47 709	51 041
90 a 94 anos	180 426	65 117	115 309	147 784	50 531	97 253	32 642	14 586	13 056
95 a 99 anos	56 198	19 221	36 977	45 882	14 899	30 983	10 516	4 322	6 194
100 anos ou mais	24 576	10 423	14 153	19 060	7 882	11 178	5 526	2 541	2 985

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

2. O WHOQOL-bref

Você deve marcar o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas.

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

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

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1(G1)	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2(G4)	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
3(F1.4)	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4(F11.3)	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5(F4.1)	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6(F24.2)	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7(F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8(F16.1)	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9(F22.1)	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

		nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
10(F2.1)	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11(F7.1)	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5

12(F18.1)	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13(F20.1)	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14(F21.1)	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15(F9.1)	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16(F3.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17(F10.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18(F12.4)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19(F6.3)	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20(F13.3)	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21(F15.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
22(F14.4)	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23(F17.3)	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24(F19.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25(F23.3)	Quão satisfeito(a) você	1	2	3	4	5

	está com o seu meio de transporte?					
--	------------------------------------	--	--	--	--	--

		nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26(F8.1)	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

P8.DADOS FAMILIARES

1. Você mora com os filhos (1)
2. Você mora com os sogros (2)
3. Você mora com os netos (3)
4. Os filhos moram com você (5)
5. Você mora só com o cônjuge (5)
6. Você mora sozinho (6)
7. Você mora em uma instituição (7)
8. Você mora com outra pessoa (8)
9. Os netos moram com você (9)
10. Outra pessoa mora com você [sobrinhos, sogro(a), amigo(a)...] (10)

P9.DADOS FAMILIARES (2)

2. Recebe ajuda financeira dos filhos (1)
3. Recebe ajuda financeira de algum parente, não filho (2)
4. Ajuda financeiramente os filhos e/ou netos (3)
5. Ajuda financeiramente outra(s) pessoa(s) (4)
6. Não recebe e nem fornece ajuda financeira (5)

P10.COMO ESTÁ A SUA SAÚDE

1. muito ruim(1)
2. fraca(2)
3. nem ruim nem boa(3)
4. boa(4)
5. muito boa(5)

P11.ATUAL CONDIÇÃO DE SUA SAÚDE (marcar somente uma, que for a que mais se salienta ou incomoda)

Nenhuma doença	00	Problema nervoso crônico ou emocional	10
Problema de coração	01	Problema crônico de pé (joanete, unha encravada)	11
Pressão alta	02	Hemorróidas ou sangramento no ânus	12
Artrite ou reumatismo	03	Doença de Parkinson	13
Câncer	04	Gravidez	14
Enfisema ou bronquite	05	Depressão	15
Diabetes	06	Doença de pele	16
Catarata	07	Queimaduras	17
Derrame	08	Problema de álcool ou drogas	18
Osso quebrado ou fraturado	09	Outros (especificar).....	

4. O QUESTIONÁRIO COMPLEMENTAR

QUESTIONÁRIO COMPLEMENTAR

Definição de atividades físicas de lazer: Entendemos por atividades físicas de lazer, as atividades corporais com algum esforço físico. Por exemplo: Caminhada, corrida, atividades esportivas, dança; desde que você o faça espontaneamente, ainda que tenha iniciado por exigência médica.

C1. Você praticava atividades físicas de lazer:		
a) Até os 20 anos?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
b) dos 20-30 anos?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
c) dos 30-40 anos?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
d) dos 40-50 anos?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
e) dos 50-60 anos?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
f) Depois dos 60?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não

C2. Pratica atividade física de lazer atualmente?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
---	------------------------------	------------------------------

C3. Quais atividades pratica?

C4. Se você pratica atividade física de lazer atualmente, em que medida você acha que essa atividade tem influência no seu bem estar?				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nenhuma influência	Muito pouca influência	Alguma influência	Bastante influência	Extrema influência

C5. Se você pratica atividade física de lazer atualmente, quão satisfeito você está com essa situação?				
<input type="checkbox"/> Muito Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito nem insatisfeito	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito

C6. Quais atividades físicas de lazer você praticou no passado?

C7. Se você praticava atividade física de lazer e atualmente não pratica, quanta falta você sente dessa atividade?				
<input type="checkbox"/> Extrema falta	<input type="checkbox"/> Muita falta	<input type="checkbox"/> Alguma falta	<input type="checkbox"/> Pouca falta	<input type="checkbox"/> Nenhuma falta

C8. Você se lembra de quanta energia tinha no passado? Quão satisfeito você está, com a energia que você tinha aos:				
a) 20 anos?	<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito	
b) 30 anos?	<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito	
c) 40 anos?	<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito	
d) 50 anos?	<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito	
e) e atualmente ?	<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito	

C9. Você percebe alguma mudança no seu vigor atualmente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
--	------------------------------	------------------------------

Descreva como Sr.(a). se sente em geral:

5. A FICHA DE CONSENTIMENTO

CONVITE À PARTICIPAÇÃO DE UM ESTUDO SOBRE QUALIDADE DE VIDA

Estamos realizando um trabalho de pesquisa sobre como é que as pessoas acham que está a sua vida nas últimas duas semanas. Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário. Serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida: sua saúde física, sua vida emocional, sua relação com amigos e familiares, seu meio-ambiente.

Asseguramos que todas as informações prestadas pelo senhor (a) são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

- ☉ Instituição: UNICAMP – FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA
- ☉ Orientadora: Prof^ª Dr^ª Jozefa B. Iwanowicz
- ☉ Pesquisadora: Helena Brandão Viana

☉ Autorizo a utilização dos dados fornecidos através dos questionários respondidos por mim, na pesquisa de mestrado orientada e realizada pelas pessoas acima citadas.

☉ Data: ____/____/2001

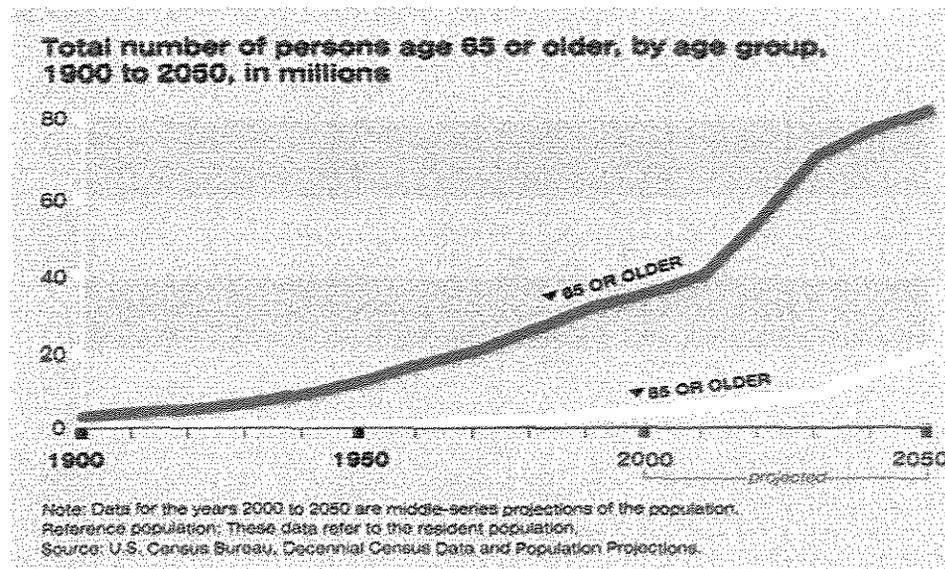
Nome do entrevistado: _____

Assinatura: _____

Nome do entrevistador: _____

Assinatura: _____

6. NATIONAL AGING INFORMATION CENTER



- Gráfico que aponta o crescimento de pessoas com 65 anos ou mais, por grupo etário, de 1900 até 2050, em milhões.