



UNESP

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”-
Faculdade de Medicina de Botucatu – Departamento de Saúde Pública

Nível de Atividade Física Associado ao Estilo e Satisfação com a Vida da População Idosa do Município de Botucatu-SP

Lívia Maria de Castro Rolim

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração em Saúde Pública, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. José Eduardo Corrente

Botucatu, 2008

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus

Rolim, Livia Maria de Castro.

Nível de atividade física, associado ao estilo e satisfação com a vida da população idosa do Município de Botucatu - SP / Livia Maria de Castro
Rolim. – Botucatu : [s.n.], 2008

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2008.

Orientador: José Eduardo Corrente

Assunto CAPES: 40600009

1. Qualidade de vida - Idoso - Botucatu (SP) 2. Idosos - Aspectos sociais

3. Saúde coletiva

CDD 614.44

Palavras-chave: Idosos; Nível de atividades de vida; Satisfação com a vida

DEDICATÓRIA

*A meus pais, César e Maria Emília,
incansáveis motivadores, a quem devo tudo
o que faço e sou, pelos exemplos de
trabalho, estudo e de amor. Minha
profunda gratidão.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Professor José Eduardo Corrente pela acolhida, paciência e confiança depositada.

A professora Tânia Ruiz pela amizade, orientação e contribuição decisiva na elaboração deste estudo.

Ao professor Henrique Luiz Monteiro pela amizade e contribuição no meu primeiro trabalho científico, com participação valiosa na minha formação profissional.

A todos professores do departamento de Saúde Coletiva e funcionários.

Aos idosos envolvidos na pesquisa. Sem eles não seria possível a realização deste trabalho.

Ao meu marido Luiz Alberto, pelas inabaláveis paciência e compreensão no período disposto a elaboração desta dissertação.

ePÍGRAFE

"Deseja que você, sendo jovem, não amadureça depressa demais e, sendo maduro, não insista em rejuvenescer, e que sendo velho, não se dedique ao desespero. Porque cada idade tem o seu prazer e a sua dor e é preciso que eles escurram entre nós"

Victor Hugo (1802-1885)

SUMÁRIO

RESUMO.....	11
SUMMARY.....	13
LISTA DE TABELAS.....	15
LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS.....	18
1- INTRODUAO.....	20
1.1. Envelhecimento.....	21
1.2. Qualidade de Vida e Satisfaao com a Vida.....	23
1.3. Atividade Física e Saúde.....	24
2- OBJETIVOS.....	29
2.1. Objetivo Geral.....	30
2.2. Objetivo Específico.....	30
3- MATERIAL E MÉTODOS.....	31
3.1. Populaao e Local do Estudo.....	32
3.2. Obtenao dos Agrupamentos.....	33
3.3. Procedimento para análise do IPAQ	36
3.4. Análise Estatística.....	39
4- RESULTADOS.....	40
4.1. Caracterizaao da populaao.....	41
4.2. Avaliaao do IPAQ.....	44
4.3. Aspectos Sociais.....	47
4.4. Morbidades Referidas e Nível de Atividade Física.....	51
4.5. Escala de Vida de Flanagan e Nível de Atividade Física.....	53
4.5.1. Domínio Bem Estar.....	53
4.6. Domínio Prevenao e Nível de Atividade Física.....	55
4.7. Domínio Relaao Social (DRS) e Nível de Atividade Física.....	57
4.8. Domínio Intelectual , Habilidades e Nível de Atividade Física.....	59
4.9. Nível de atividade física separado por atividade.....	61
4.10. Atividade física supervisionada.....	62
5. DISCUSSAO.....	63
6. CONCLUSAO.....	73
7. REFERÊNCIAS.....	76
8. ANEXOS.....	83
8.1. Anexo 1.....	84
8.2. Anexo 2.....	88

RESUMO:

Nível de Atividade Física Associado ao Estilo e Satisfação com a Vida da População Idosa do Município de Botucatu-SP

Introdução: O envelhecimento da população é a mais importante mudança demográfica que tem ocorrido em muitos países do mundo e representa um desafio para o século XXI. A atividade física e seus benefícios do estilo de vida ativo, na qualidade de vida e no controle de doenças crônicas não transmissíveis, vem sendo cada vez mais discutida e analisada cientificamente como fundamental neste processo. **Objetivos:** Associar nível de atividade física com aspectos de qualidade de vida, investigando questões referentes a aspectos sociais, morbidade referida, bem estar, cuidados com a saúde, formas de socialização e habilidades intelectuais e motoras de idosos de Botucatu, SP. **Métodos:** Trata-se de estudo epidemiológico do tipo transversal com 365 idosos da cidade de Botucatu-SP, realizado em 2003. Utilizou-se uma composição dos questionários sobre hábitos e satisfação com a vida, de Flanagan, de Nahas e WHOQOL-100, bem como, de nível de atividade física (IPAQ) e morbidade referida. Foi incluída uma pergunta aberta: “O que é qualidade de vida para o senhor (a)”? a qual foi analisada e separada em três grupos: lazer, obrigação e valores interiores. Foram feitas associações com as informações demográficas, de morbidades, o nível de atividade física e satisfação com a vida. **Resultados:** Foram classificados apenas 15,89% ativos, 12,87% moderadamente ativos e 71,23% sedentários. Nas morbidades, a maior prevalência foi entre os sedentários com pressão alta para quase todos os grupos. A maioria dos idosos estavam satisfeitos com a vida, principalmente aqueles com nível de atividade física ativo em adquirir habilidades intelectuais para o grupo obrigação e lazer (OR=2,03; IC=2,91-4,57 e OR=3,5; IC=1,4-8,74). De um modo geral, tem-se que os ativos se mostram mais satisfeitos com a vida que os demais quando se reúne todos os domínios. **Conclusão:** Este estudo evidencia os benefícios do nível de atividade física ativo para os idosos, com menor prevalência de morbidades e maior satisfação com a vida.

Palavras chaves: idosos, satisfação com a vida e nível de atividades de vida.

SUMMARY:

Physical Activity Level Associated with Lifestyle and Life Satisfaction of the Elderly Population in the City of Botucatu – SP.

Introduction: Population ageing has been the major demographic change occurring in many countries, and it represents a challenge to the 21st century. Physical activity and the beneficial effects of an active lifestyle on quality of life and on the control of non-transmittable chronic diseases has been increasingly discussed and scientifically analyzed as fundamental in this process.

Objectives: To associate physical activity levels with aspects related to quality of life by investigating questions concerning social aspects, reported morbidity, well being, healthcare, forms of socialization, intellectual and motor skills of elderly individuals in Botucatu, SP. **Methods:** This is a transversal-type epidemiological study on 365 individuals in the city of Botucatu – SP. It was conducted in 2003 and used a composition of questionnaires on habits and life satisfaction by Flanagan, by Nahas and WHOQOL-100, as well as others on physical activity levels (IPAQ) and reported morbidity. An open question was included: “What does quality of life mean to you?”, which was analyzed and separated into three groups: leisure, duties and inner values. Associations with demographic data and information concerning morbidity, physical activity levels and life satisfaction were made. **Results:** Of all the individuals, only 15.89% were classified as active, 12.87% as moderately active and 71.23% as sedentary. As regards morbidity, the highest prevalence was found among sedentary individuals, and high blood pressure was observed for almost all groups. Most of the elderly individuals were satisfied about life, particularly those who were physically active in acquiring intellectual skills for domains duties and leisure (OR=2.03; CI=2.91-4.57 and OR=3.5; IC=1.4-8.74). In general, it is observed that active individuals are more satisfied about life than the others when all the domains are gathered. **Conclusion:** This study shows the benefits stemming from the active level of physical activity for the elderly, with a lower prevalence of morbidities and greater satisfaction about life.

Key words: elderly, satisfaction about life and level of physical activities.

TABELAS

Tabela 1.	Distribuição dos idosos nos grupos, segundo idade e tempo de moradia no local, possuir problemas do coração e estado civil (Botucatu, 2003).....	43
Tabela 2.	Distribuição dos idosos de Botucatu-SP, separados por sexo e nível de atividade física.....	44
Tabela 3.	Distribuição dos idosos de Botucatu-SP, separados por agrupamentos e nível de atividade física.....	45
Tabela 4.	Nível de atividade física dividida pelos grupos e sexos dos idosos, Botucatu -SP.....	46
Tabela 5.	Nível de atividade física e escolaridade dos idosos, Botucatu -SP.....	47
Tabela 6.	Escolaridade dividida por nível de atividade física nos três agrupamentos dos idosos, Botucatu-SP.....	48
Tabela 7.	Nível de atividade física por agrupamentos e estado civil de idosos da cidade de Botucatu-SP.....	49
Tabela 8.	Nível de atividade física por agrupamentos e estado civil de idosos da cidade de Botucatu-SP.....	50
Tabela 9.	Morbidades referidas em proporção para 100 pessoas, separadas pelos agrupamentos de qualidade de vida dos idosos, Botucatu-SP.....	51
Tabela 10.	Nível de atividade física, em proporção para 100 pessoas, separada pelos agrupamentos e morbidades presentes dos idosos, Botucatu-SP.....	52
Tabela 11.	Associação entre satisfação com a vida e nível de atividade física nos agrupamentos de qualidade de vida de idosos, Botucatu/SP.....	54
Tabela 12.	Associação entre cuidados com a saúde e nível de atividade física nos agrupamentos de qualidade de vida de idosos, Botucatu/SP.....	56
Tabela 13.	Associação entre questões de relações sociais e nível de atividade física dos grupos de qualidade de vida, de idosos, Botucatu/SP.....	58
Tabela 14.	Associação entre satisfação em aprender habilidades intelectuais e motoras, com nível de atividade física nos agrupamentos de idosos, Botucatu-SP.....	59

Tabela 15.	Media e desvio padrão dos percentuais referente a cada domínio e a média ponderada referente a todos os domínios.....	60
Tabela 16.	Frequência de idosos que exercem atividades da semana nas diferentes atividades do cotidiano de idosos de Botucatu/SP.....	61
Tabela 17.	Frequência de respostas dos idosos a pergunta: Já praticou algum exercício supervisionado?.....	62

LISTA DE ABREVIÇÕES E SIGLAS

ACSM	American College of Sports Medicine
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVDs	Atividades de Vida Diária
DM	Diabetes Melittus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corpórea
IPAQ-	International Physical Activity Questionaire
Mets-	Metabolic Equivalent
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life
WHO	World Health Organization

1. INTRODUÇÃO

1.1 Envelhecimento

O aumento da expectativa de vida é um fato que não pode ser mais contestado. As pessoas estão vivendo cada vez mais tempo de modo acelerado, sem que ocorra, na mesma velocidade, uma adaptação das estruturas sociais para assegurar a qualidade de vida da população idosa.

Dentre os termos mais utilizados para especificar o indivíduo envelhecido, podemos citar: idoso, ancião, velho, pessoa de idade avançada ou pessoa na terceira idade. Embora todos estes adjetivos descritos sejam adotados, utilizaremos, nesta investigação, a nomenclatura: “idoso”. Entendemos que esta palavra é a que traduz, neste momento, o sentido da passagem do tempo na vida humana em nossa sociedade. Com relação à cronologia, seguiremos a classificação adotada pela Organização Mundial de Saúde/OMS (1994), a qual define como idosa a pessoa que possui 65 anos ou mais, e vive em países desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento, onde a expectativa de vida é reduzida e a condição sócio-econômica é desfavorável, a idade limite inferior é de 60 anos (PAULA, 1999).

No Brasil, como no mundo, os indivíduos acima de 60 anos estão aumentando de maneira progressiva nas últimas décadas, sofrendo um envelhecimento populacional rápido e intenso. Estima-se que entre 2000 e 2020, o grupo acima de 60 anos quase que duplicará, passando de 14,5 para 26,3 milhões. Em 2050, o Brasil atingirá uma população de mais de 64 milhões, sendo a maioria com baixo nível socioeconômico e educacional, aliada a uma

alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes (IBGE 2004). Atualmente, as doenças infecto-contagiosas são responsáveis por pelo menos 10% das mortes, enquanto as cardiovasculares representam mais de 40% (SILVESTRE & COSTA-NETO, 2003).

O envelhecimento populacional trouxe uma série de mudanças na estrutura da população total, que antes era predominada por crianças e adultos, levando-nos a falar nas expressivas terceira, e agora, quarta idades. As transformações ocorreram nos valores éticos, estéticos e no modo como se percebe o processo de envelhecimento. Isto quer dizer que, envelhecer, no início do século, nada tem a ver com o amadurecimento hodierno. (PEREIRA et al, 2006).

A terceira idade tem forte impacto no mercado, com tempo livre para investir em viagens, culto da forma, cuidados com a nutrição e saúde, enquanto a quarta idade está fortemente centrada em critérios médicos de incapacidade, o uso de medicamentos e tratamentos, mais recurso à geriatria, equipamentos sociais específicos e o grave problema da dependência (PAPALÉO NETTO, 1996 & WHO, 2005)

O medo de perder sua autonomia é a maior preocupação dentre os idosos. Neste sentido, há uma busca incessante de estratégias, visando garantir a manutenção da capacidade funcional e da independência nas últimas décadas de vida. (RAMOS, 2002).

A longevidade dos indivíduos decorre do sucesso de conquistas no campo social e da saúde. O envelhecimento representa novas

demandas por serviços, benefícios e atenções que se constituem em desafios para governantes e sociedade. As necessidades, portanto, para novos procedimentos, apresentam-se de forma quase que emergencial, requerendo atenção para que os profissionais, em suas diferentes áreas, busquem a competente qualificação para oferecer serviços de variadas ordens, demandados pelos novos idosos. (WHO, 2005 e GAWRYSZEWSKI et al, 2005)

1.2 Qualidade de Vida e Satisfação com a Vida

A Organização Mundial de Saúde reconheceu, há exatos 59 anos, que a saúde não era simplesmente ausência de doença; ela implicava um estado de completo bem-estar físico, social e mental. Esta definição mais ampla de saúde tem sido crescentemente aceita pelas comunidades médicas e científicas. Desta forma, o interesse mudou de uma simples maximização da sobrevivência e medidas associadas à expectativa de vida, para estatísticas com expectativa de vida saudável, ativa e ajustada à qualidade.

Para grupo de especialistas em Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, esta foi definida como *“a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e o sistema de valor com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”*. (WHOQOL Group, 1995).

Especialistas têm tentado medir o bem-estar e a qualidade de vida, procurando entender o que as pessoas querem dizer com tal expressão.

Para a maioria das pessoas, a principal deterioração na qualidade de vida ocorre durante os anos de aposentadoria, na medida em que os efeitos da redução da capacidade funcional e o aparecimento de doenças crônicas tornam-se suficientes para limitar o desempenho das atividades diárias normais. Assim, levando-se em conta aspectos da atividade física, o tema de expectativa de vida ajustada à sua qualidade é, assim, de peculiar importância para o idoso. Fatores como o funcionamento físico, social, cognitivo e emocional, a produtividade e privacidade podem também influenciar a qualidade total da vida de um indivíduo (SEIDL & ZANNON, 2004).

1.3. Atividade Física e Saúde

A atividade física vem sendo cada vez mais discutida e analisada cientificamente como fundamental no processo de envelhecimento saudável e seus benefícios do estilo de vida ativo, na qualidade de vida, no controle de doenças crônicas não transmissíveis, na mortalidade e na manutenção da capacidade funcional durante este processo. (LEE & PAFFENBARGER 2000; SESSO et al 2000; e WILLIAMS & WILKINS, 2000 MATSUDO et al, 2001).

Entende-se atividade física como qualquer movimento corporal realizado pela musculatura esquelética, levando ao gasto energético acima do repouso (AINSLIE et al, 2003). Para tanto, estudos epidemiológicos têm

procurado investigar aspectos relacionados aos padrões de atividade física e a incidência de doenças em diferentes populações.

Sua prática regular tem um impacto positivo em várias áreas, como no bem estar físico (dispnéia, fadiga, nível de energia, dores, percepção de sintomas, apetite e padrões de sono), no bem estar psicológico (auto-conceito, auto-estima, humor e afeto), e em níveis percebidos de função física, social e cognitiva (ANTUNES, 2006).

É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem idades avançadas mais satisfatoriamente. O envelhecimento ativo e saudável é uma das estratégias centrais neste processo. Se considerarmos saúde de forma ampliada, torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para a população idosa (LEE et al, 2000).

Em uma análise de 43 estudos da relação inatividade física e coronariopatia, POWELL (1987), conclui que indivíduos sedentários têm probabilidade duas vezes maior de desenvolver doença cardíaca, do que o indivíduo mais ativo. Para ACSM (2003) além de benefícios fisiológicos, metabólicos e psíquicos associados ao treinamento de exercícios, tanto os de intensidade moderada, quanto os voltados aqueles com boa aptidão cardiorrespiratória, reduzem o risco de várias doenças crônicas. Powell (1987) & Blair (1989), corroboram que a inatividade física é responsável por cerca de 30% de todas as mortes, devido a cardiopatia, câncer de cólon e diabetes.

A maior parte das evidências epidemiológicas, em apoio aos benefícios de saúde para um estilo de vida ativo, baseou-se em estudos que realizaram avaliações de atividade física ou aptidão. Entretanto, os resultados de estudos recentes que correlacionaram os aumentos da atividade física ou da aptidão em adultos inicialmente sedentários ou inaptos, com reduções subseqüentes na mortalidade, confirmam a hipótese de que atividade regular favorece a longevidade. (RENNIE et al., 2003 e WANNAMETHEE et al, 2000).

Os profissionais da área da saúde, assim como o poder público, devem considerar a atividade física como questão fundamental para a saúde pública, conscientizando a população da importância da sua prática regular para um envelhecimento saudável, gerando benefícios, tanto fisiológicos, como sociais e mentais.

No que diz respeito à quantidade da prática ideal para a saúde, RENNIE et al. (2003) confirmam que, tanto as atividades vigorosas, como as moderadas e as de lazer, estão associadas com a redução do risco de doença entre a população adulta, independentemente da idade, hábito de fumar e alta ingestão de álcool. Por outro lado, há evidências de que a atividade não necessita ser exaustiva ou prolongada. Porém, deve incluir tarefas diárias de lazer, tais como caminhada ou jardinagem (WANNAMETHEE et al., 2001).

O ACSM (2003), recomenda que todo adulto deveria se engajar em, pelo menos, 30 minutos de atividade física de intensidade moderada por dia, para prevenir doenças crônicas. Além disso, ter um estilo de vida ativo, acumulando atividade física todos os dias.

Para tanto, é importante avaliar os padrões de atividades em humanos e o gasto energético habitual para investigar a saúde, estilo de vida e as comorbidades, principalmente do indivíduo idoso. Atualmente, o nível de atividade física e o gasto calórico têm sido investigados por mais de 30 métodos diferentes, incluindo calorimetria indireta e direta, auto-relatos e questionários, classificações das tarefas, marcadores fisiológicos, observações comportamentais, monitores mecânicos ou eletrônicos e levantamentos dietéticos. Ocorre que nem todos são apropriados para serem empregados em análise, envolvendo grande número de sujeitos. (AINSWORTH et al, 2002 & BASSET et al, 2001)

A monitorização dos níveis de atividade física na população idosa tem-se tornado tema de interesse e preocupação constante entre especialistas da área. Deste modo, apesar da disponibilidade de métodos voltados ao acompanhamento de indicadores associados à prática de atividade física, a escolha para utilizar uma metodologia ou outra, está relacionada com o número de indivíduos a serem analisados, o custo e a inclusão de diferentes idades. Cada instrumento possui vantagens e desvantagens. Enquanto não se encontra um instrumento de fácil aplicação, baixo custo e de precisão que atenda todas as características desejadas para estudo de grandes populações, o melhor método tem sido o uso de questionários. Com relação às opções disponíveis para avaliação dos níveis de prática habitual de atividade física, o Questionário Internacional de Atividade Física (International Physical Activity Questionnaire-IPAQ) (CRAIG et al, 2003) tem procurado demonstrar indicações de validade e reprodutibilidade na população adulta brasileira (BARROS e

NAHAS, 2000 e PARDINI et al, 2001) e entre os adolescentes (GUEDES et al, 2005).

Sabendo dos benefícios que a atividade física pode proporcionar ao idoso para melhora na qualidade de vida, é importante verificar se a opinião dos idosos sobre o assunto exerce influência no nível de atividade física.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Avaliar o nível de atividade física dos idosos, utilizando os dados coletados do IPAQ em 2003, na amostragem da base populacional realizada em Botucatu, SP.

2.2. Objetivo específico

Correlacionar aspectos de qualidade de vida com nível de atividade física.

Investigar se o nível de atividade física dos idosos está ligado a questões referentes a aspectos sociais, morbidade referida, bem estar, cuidados com a saúde, formas de socialização e habilidades intelectuais e motoras.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. População e Local do Estudo

Trata-se de estudo epidemiológico, do tipo transversal com 365 idosos da cidade de Botucatu-SP, sendo que 218 (59,72%) são mulheres e 147 (40,27%) homens, selecionados por critério amostragem de base populacional, estratificada, proporcional e aleatória. Os detalhes sobre a obtenção dos dados e o modo como foi conduzida a pesquisa pode ser visto em Jóia et al (2007).

O município de Botucatu está localizado a 224 km da capital do Estado de São Paulo, na região centro sul do país, apresenta clima subtropical, com invernos secos e verões quentes. Apresenta Índice de Desenvolvimento Humano de 0,822 (dados referentes ao ano de 2000), com 98,6% de domicílios com água tratada e 94,1% com rede de esgoto (SEADE, 2003).

Levantamento da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE, 2003) aponta uma população de 120. 800 habitantes (estimativa para 2006), sendo que a população de 60 anos e mais representa 10,5 % deste total, cerca de 12.141 indivíduos.

Botucatu, que no passado chegou a representar 25% da extensão territorial do Estado de São Paulo, está localizada na região centro sul do Estado, ocupando hoje uma área de 1.486,400 km². Faz limites com os municípios de Anhembi, Bofete, Pardinho, Itatinga, Avaré, Pratânia, São Manuel, Dois Córregos e Santa Maria da Serra. (IBGE, 2007)

3.2. Obtenção dos Agrupamentos

Os instrumentos para coleta de dados foram compostos de questões sobre hábitos e estilo de vida, morbidade referida, qualidade de vida (QV) e nível de atividade física. A utilização do instrumento sobre QV baseou-se em três questionários: a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan (1976), Perfil do Estilo de Vida Individual confeccionado por Nahas, et al. (2000) e o WHOQOL-100-World Health Organization Quality of Life confeccionado pela OMS e validado no Brasil por Fleck, et al. (1999). Para quantificar o nível de atividade física utilizou o - IPAQ - Questionário Internacional de Atividade Física proposto pela OMS (1998) e validado no Brasil por Matsudo, et al. (2001). Foi ainda incluída uma pergunta aberta: “O que é qualidade de vida para o senhor (a)”?

A questão aberta não teve nenhum tipo de indução na resposta, tendo sido anotado pelo entrevistador o que foi falado pelo entrevistado em espaço reservado para isso.

Foi realizada inicialmente uma análise de conteúdo dessa questão aberta, identificando categorias nas repostas. As categorias, em número de 11, foram: preservar os relacionamentos interpessoais, manter uma boa saúde, manter o equilíbrio emocional, acumular bens materiais, lazer, trabalhar com prazer, vivenciar a espiritualidade, praticar a retidão e a caridade, acessar o conhecimento e viver em ambiente agradável. A seguir, essas categorias foram transformadas em variáveis binárias de acordo com a

presença ou ausência das unidades de significação. Com essas 11 novas variáveis, considerou-se uma matriz calculada pela distância Euclidiana e através do Método de Ward, identificaram-se três agrupamentos formados pela coincidência das categorias nas respostas.

O agrupamento destas categorias pode ser observado na figura 1.

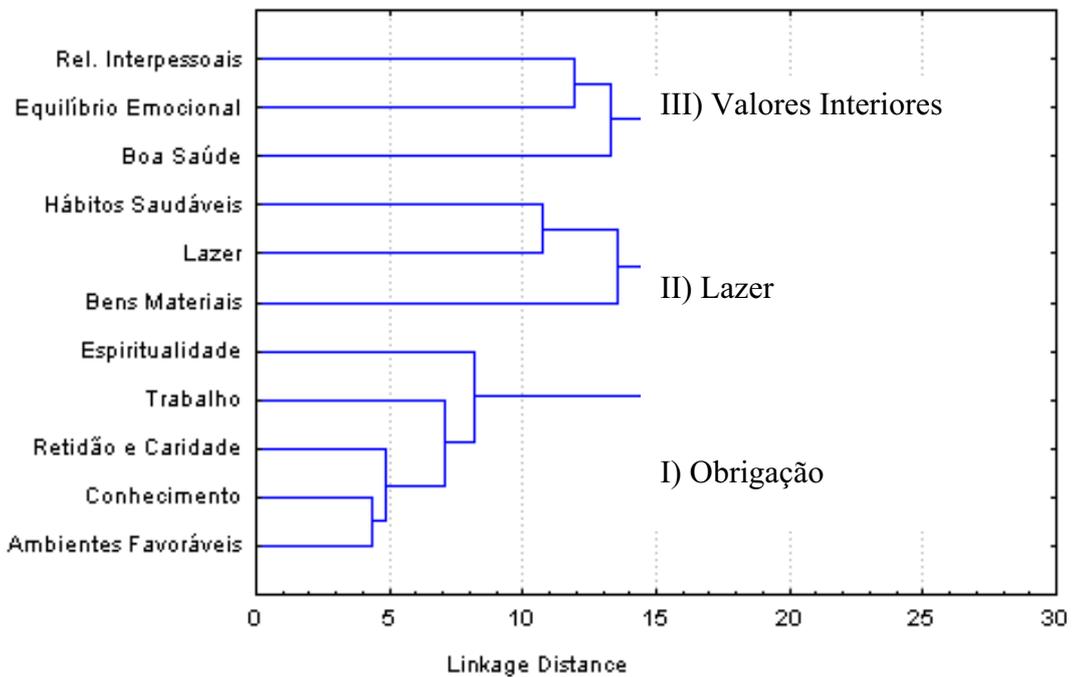


Figura 1. Agrupamento de categorias identificadas em questão aberta “o que é qualidade de vida para o senhor”, em inquérito aplicado à população de 60 anos e mais, no município de Botucatu/SP. 2002.

De acordo com a figura, pode-se observar a formação de três agrupamentos de idosos que podem ser interpretados como constituindo os seguintes grupos: grupo I - os que valorizaram questões referentes a trabalho, religião, retidão de caráter e caridade, a ter conhecimentos e viver em ambientes favoráveis; grupo II - os que valorizaram lazer, bens materiais e hábitos saudáveis; grupo III - os que valorizam relações interpessoais, boa saúde e equilíbrio emocional.

De acordo com a formação e essência dos agrupamentos, que foram interpretados segundo a definição do que é qualidade de vida para o idoso, definiu-se o agrupamento I como o grupo OBRIGAÇÕES, ou seja, os que valorizaram como qualidade de vida cumprir o que eles definiram como as obrigações; o agrupamento II como o grupo LAZER, ou seja, os que valorizaram como qualidade de vida viver a vida dentro de um conceito de lazer e socialização; o agrupamento III como o grupo VALORES INTERIOES, ou seja, os que valorizaram como qualidade de vida cultivar valores interiores.

Aplicando o método das k-médias para calcular a frequência de cada grupo, observou-se que o grupo Obrigação contém 122 (33,4%) dos idosos; o grupo Lazer, 102 (27,9%) e o grupo Valores Interiores 141 (38,6%).

3.3. Procedimento para análise do IPAQ

O questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), em ANEXO, investiga o tempo das atividades cotidianas durante 7 dias, separadas entre:

Atividade física no trabalho;

Atividade física como meio de transporte;

Atividade física em casa: trabalho, tarefas domésticas e cuidar da família;

Atividade física de recreação, esporte, exercício e de lazer.

Para classificar o nível de atividade física do presente estudo, primeiramente foi elaborado uma planilha Excel considerando-se os dados separados da seguinte forma:

- Para cada domínio (trabalho; meio de transporte; lazer, tarefas domésticas e cuidados com a família),
 - Dentro de cada domínio, separou-se por intensidades (tempo em minutos por dia), entre as atividades leve, moderada e intensa.
 - Dentro de cada intensidade, informou-se sobre os dias da semana com a referida intensidade da atividade.
-

- Para cada intensidade, utilizou-se a informação dos Mets (Metabolic equivalents), multiplicado por dias da semana e o tempo em minutos. Por exemplo: atividade leve corresponde a 3,3 Mets, multiplicado pelos minutos (30 min) e os dias da semana (3 dias) da atividade com a mesma intensidade = $3,3 \times 30 \times 3 = 297$ Mets.

- Soma total dos Mets, em todos domínios, intensidades e os sete dias na semana.

Após o cálculo efetuado para a conversão dos dados para Mets, as informações foram inseridas no *software SAS for Windows*, v.9.1, elaborando-se um programa que classificasse os níveis de atividade física de acordo com as exigências do *Guidelines for data processing and analysis of international physical activity questionnaire* (IPAQ) proposto por MATSUDO, 2005, como já citado anteriormente como o melhor método de classificação do nível de atividade física.

Classificou-se, desse modo, os níveis de atividade física em 3 maneiras: sedentário, moderadamente ativo e ativo.

1. Sedentário:

Nenhuma atividade é relatada OU

Alguma atividade é reportada, mas não se insere nas categorias 2 e 3.

2. Moderadamente ativo:

Segue 3 critérios:

a) 3 ou mais dias de intensidade vigorosa, pelo menos 20 minutos por dia OU.

b) 5 ou mais dias de intensidade moderada e/ou caminhada, pelo menos de 30 minutos por dia OU.

c) 5 ou mais dias de alguma combinação de caminhada, intensidade moderada ou vigorosa, chegando até 600 Mets min/ semana.

3. Ativo:

a) Intensidade vigorosa pelo menos 3 dias e acumulação de 1500 Mets min/semana

b) 7 ou mais dias de alguma combinação de caminhada, de intensidade moderada ou vigorosa, acumulando pelo menos 3000 Mets min/semana.

Após esta classificação, foram obtidos os respectivos níveis para os três grupos fornecidos pela análise de agrupamentos, associando esses níveis com respostas de perguntas fechadas dos domínios da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan (1976), que contempla o bem estar, prevenção e cuidados com a saúde, relações sociais, intelectuais e habilidades. Foram levados em conta também os aspectos sociais, como escolaridade e estado civil, e a morbidade referida, como pressão alta, problemas do coração e diabetes.

3.4 Análise Estatística

A análise estatística constou do cálculo de medidas descritivas para as variáveis quantitativas (idade, tempo de moradia) comparando esses valores para cada grupo através de uma ANOVA com a realização do teste F. Para as variáveis qualitativas, foram obtidas as freqüências e tabelas de contingência para verificar possíveis associações entre os agrupamentos, levando-se em conta a classificação do nível de atividade física. Os testes realizados foram o qui-quadrado e o Exato de Fisher, quando necessário. O nível de significância adotado foi 5% de probabilidade ou o p-valor correspondente. Foi obtido o percentual de satisfação em cada domínio e calculada uma media ponderada reunindo todos os domínios avaliados. Para verificar a diferença entre os percentuais e a media ponderada, foi utilizada uma análise da variância, considerando o nível de atividade física como fator de classificação. Para as comparações múltiplas, foi feito o teste de Tukey. O nível de significância adotado foi 5% de probabilidade ou o p-valor correspondente.

4. RESULTADOS

4.1. Caracterização geral da população

Dos 365 entrevistados, 59,7% (n=218) eram do sexo feminino e 40,3% (n=147) do sexo masculino. A maioria estava casada (57,0 %, n=208), com elevado número entre os homens (76,9%, n=113), quando comparados com as mulheres (43,6%, n=95). Ocorreu predominância de idosos aposentados (61,9 %, n=226), o qual, 18,4 % ainda permaneciam no mercado de trabalho. No que diz respeito a escolaridade, houve elevada prevalência de analfabetos (21,6%) e ensino fundamental completo (51,5%). Já para ensino médio (17,5%) e ensino superior (9,3%) os valores foram inferiores.

Com relação aos agrupamentos de qualidade de vida referida, foi aplicado o método das k-médias para calcular a frequência de cada grupo, observando que o grupo obrigação contém 122 (33,4%) idosos; o grupo lazer, 102 (27,9%) e o grupo valores interiores (VI) 141 (38,6%).

A Tabela 1 apresenta a descrição da amostra populacional dividida nos agrupamentos de qualidade de vida referida, lembrando que o grupo I caracterizou-se por levantar questões de obrigações, o grupo II por atividade de lazer e o grupo III por valores interiores.

De acordo com os valores obtidos, nota-se que o grupo Lazer apresenta menor idade, diferindo significativamente dos idosos dos grupos Obrigação e Valores Interiores através da análise da variância com aplicação do teste de Tukey ao nível de 5% de probabilidade. Já o tempo de moradia, não mostrou diferença significativa para os três grupos, mas o desvio padrão

se encontra muito alto. Quanto à escolaridade, não foi verificada associação com os grupos, pelo teste qui-quadrado, demonstrando homogeneidade entre os grupos, e baixa escolaridade, com maiores prevalências entre as escolaridades dos analfabetos e nível fundamental.

Para problemas do coração, houve associação significativa entre os grupos, mostrando que o grupo Obrigação é o que apresenta maior frequência de idosos com este problema, já que, o próprio grupo se caracteriza por aqueles que acreditam que a qualidade de vida esteja relacionada a questões referentes a trabalho, religião, retidão de caráter, caridade, ter conhecimentos e viver em ambientes favoráveis, ou seja, são os idosos que crêem que qualidade de vida seja relacionada a obrigações, sendo os mais doentes do grupo com 41%, diferindo de 18% e 25 % do grupo lazer e valores interiores, respectivamente.

No que refere ao estado civil, observou-se associação significativa, mostrando que a frequência de casados e viúvos são muito maiores quando comparados aos solteiros e separados, diferindo significativamente dentro de cada grupo de qualidade de vida.

Com relação ao fato de ainda trabalhar, não houve associação significativa entre os grupos, mantendo-se homogêneos.

Tabela 1. Distribuição dos idosos nos grupos, segundo idade e tempo de moradia no local, possuir problemas do coração e estado civil (Botucatu, 2003).

Variáveis	Obrigação (n ₁ =122)	Lazer (n ₂ =102)	Valores Interiores (n ₃ =141)	p-valor
Idade	71,75 ^a ± 7,91	68,82 ^b ± 6,53	71,09 ^a ± 7,87	0,01*
Tempo de moradia	47,33 ^a ± 24,34	41,97 ^a ± 20,68	44,8 ^a ± 23,32	0,228*
Escolaridade	N (%)	N (%)	N (%)	
analfabeto	31 (25,41)	16 (15,69)	32 (22,70)	
Ensino fundamental 1	60 (49,18)	52 (50,98)	76 (53,90)	
Ensino fundamental 2	7 (5,74)	12 (11,76)	18 (12,77)	
Ensino médio	12 (9,84)	6 (5,88)	7 (4,96)	
Ensino superior	12 (9,84)	16 (15,69)	(8) 5,67	0,062**
Problemas do cora�o				
Não	81 (66,39)	84 (82,35)	116 (82,27)	
Sim	41 (33,61)	18 (17,65)	25 (17,73)	0,003**
Estado civil				
Casado	65 (53,28)	68 (66,67)	75 (53,19)	
separado	6 (4,92)	6 (5,88)	4 (2,84)	
Solteiro	14 (11,48)	7 (6,86)	6 (4,26)	
Viúvo	37 (30,33)	21 (20,59)	56 (39,72)	0,017*
Ainda trabalha				
Não	95 (77,87)	86 (84,31)	117 (82,98)	
Sim	27 (22,13)	16 (15,69)	24 (17,02)	0,400*

*ANOVA seguido do teste de Tukey ao nível de 5% de probabilidade

** Teste qui-quadrado

Nota: Ensino Fundamental 1: equivalente a primeira a quinta série,
Ensino Fundamental 2: equivalente a sexta a nona série.

4.2 Avaliação do IPAQ

Após a avaliação do IPAQ, como descrito na Metodologia, os resultados encontrados para os 365 idosos de ambos os sexos, foram: 58 (15,89%) ativos, 47 (12,87%) moderadamente ativo e 260 (71,23%) sedentários.

Considerando o nível de atividade física e sexo, cujos resultados são mostrados na Tabela 2, encontrou-se associação significativa ($p=0,01$) através do teste qui-quadrado. Apesar de haver tal associação, pode-se verificar que a proporção que fornece esta diferença está entre os sedentários (64,6% para mulheres e 35,4% para homens, $p<0,0001$). Para os classificados como ativos ou atividades moderadas, não existe diferença significativa entre os sexos.

Tabela 2. Distribuição dos idosos de Botucatu-SP, separados por sexo e nível de atividade física.

Nível de Atividade Física (A.F.)	Feminino N (%)	Masculino N (%)	Total	p
Ativo	27 (46,55)	31 (53,45)	58 (15,89%)	0,1778
Moderado	23 (48,94)	24 (51,06)	47 (12,87%)	1,0
Sedentário	168 (64,62)	92 (35,38)	260 (71,23%)	<0,0001
Total	218 (59,72)	147 (40,27)	365 (100,00%)	0,01

$p=0,01$

Separando o nível de atividade física pelos agrupamentos (Tabela 3), tem-se que todos os grupos possuem elevado índice de sedentarismo, com 23,28%, 19,17% e 28,76% para o grupo obrigação, lazer e valores Interiores, respectivamente. Apesar disso, verificou-se não haver associação significativa ($p=0,5765$) entre os agrupamentos e o nível de atividade física.

Tabela 3. Distribuição dos idosos de Botucatu-SP, separados por agrupamentos e nível de atividade física.

Nível de A.F.	Obrigação N (%)	Lazer N (%)	Valores Interiores N (%)	Total	p
Ativo	19 (5,20)	16 (4,38)	23 (6,30)	60	0,5916
Moderado	18 (4,93)	16 (4,38)	13 (3,56)	47	0,5453
Sedentário	85 (23,29) ^{ab}	70 (19,18) ^c	105 (28,66) ^b	260	< 0,0048
Total	122 (33,42)	102 (27,95)	141 (38,63)	365	

$p=0,5765$

De acordo com a Tabela 3, mostramos que não existe associação significativa entre os níveis de atividade física ativo e moderado para os três grupos ($p=0,5916$ e $p=0,5453$). Já, para os sedentários, houve diferença significativa entre os grupos ($p=0,0048$). Nota-se ainda que tal diferença está entre o grupo valores interiores e o grupo lazer ($p=0,0016$) apesar de não diferir significativamente do grupo obrigação ($p=0,1795$).

Considerando ainda as mesmas variáveis da Tabela 3 e separando por sexos, encontramos resultados semelhantes, como mostrados na Tabela 4. A porcentagem de sedentarismo foi elevada para todos os agrupamentos, mas com maior prevalência entre as mulheres no grupo valores interiores (70,48%), correspondente àquelas que referem qualidade de vida como valores interiores, valorizando relações interpessoais, boa saúde e controle emocional.

Tabela 4. Nível de atividade física dividida pelos grupos e sexos dos idosos, Botucatu -SP.

Grupos	Sexo		Total	p
	Feminino N (%)	Masculino N (%)		
obrigação ⁽¹⁾				
Ativo	8 (42,11)	11 (57,89)	19	0,5164
Moderado	11 (61,11)	7 (38,89)	18	0,3173
Sedentário	50 (58,82)	35 (41,18)	85	0,031
Lazer ⁽²⁾				
Ativo	8 (50,00)	8 (50,00)	16	1,0
Moderado	7 (43,75)	9 (56,25)	16	0,7237
Sedentário	44 (62,86)	26 (37,14)	70	0,0040
Valores Interiores ⁽³⁾				
Ativo	11 (47,83)	12 (52,17)	23	1,0
Moderado	5 (38,46)	8 (61,54)	13	0,4328
Sedentário	74 (70,48)	31 (29,52)	105	< 0,0001

⁽¹⁾ $p = 0,3782$; ⁽²⁾ $p = 0,2969$; ⁽³⁾ $p = 0,0167$ teste qui-quadrado.

Como mostrado na tabela 4, não houve associação significativa entre sexo e nível de atividade física para o grupo obrigação e lazer ($p = 0,3782$ e $p = 0,2969$, respectivamente). Já para o grupo valores interiores, foi observada associação significativa ($p = 0,0167$). Embora somente o grupo valores interiores apresente associação, o sedentarismo está prevalente entre as mulheres de todos os grupos, havendo diferença significativa entre os sexos ($p = 0,031$ para obrigação, $p = 0,0040$ para lazer e $p = 0,001$ para valores interiores).

4.3 Aspectos Sociais

Para os aspectos sociais, na escolaridade houve elevada concentração de idosos com ensino fundamental 1 (51,51%) e analfabetos (21,64), mostrando reduzido tempo de estudo, característico da faixa etária estudada, bem como, não ocorreu nenhuma associação entre os níveis de atividade física ($p=0,7926$), ou seja, o nível de atividade física independe da escolaridade, conforme mostra a Tabela 5.

Tabela 5. Nível de atividade física e escolaridade dos idosos, Botucatu -SP.

	Escolaridade					Total	p-valor
	Analfabeto N (%)	Funda- mental 1	Funda- mental 2	Médio	Superior		
Ativo	15 (4,11) ^a	27 (7,40) ^b	6 (1,64) ^c	4 (1,10) ^c	6 (1,64) ^c	58	<0,0001
Moderado	6 (1,64) ^b	30 (8,22) ^a	5 (1,37) ^b	3 (0,82) ^b	3 (0,82) ^b	47	<0,0001
Sedentário	58 (15,89) ^b	131(35,89) ^a	26 (7,12) ^c	18 (4,93) ^c	27(7,40) ^c	260	<0,0001
Total	79 (21,64)	188(51,51)	37(10,14)	25 (6,85)	36(9,86)	365	

p= 0,7926; proporções seguidas de mesma letra não diferem significativamente

Na Tabela 5, não foi encontrada uma associação significativa entre níveis de atividade física e escolaridade ($p=0,7926$). Mesmo não sendo encontrada associação significativa desses fatores, nota-se que existe diferença significativa quando consideramos os níveis ativo, moderado e sedentário separadamente, levando-se em conta apenas a escolaridade. Assim, obtivemos diferença significativa para o nível ativo e a escolaridade ($p<0,0001$), sendo que os idosos que possuem ensino fundamental 1 diferem

significativamente dos demais ($p=0,0358$). O mesmo aconteceu para os níveis moderado e sedentário ($p<0,0001$). Considerando ainda os níveis de escolaridade e de atividade física, a Tabela 6 mostra a separação destes idosos por grupo. Nesta, não encontramos também nenhuma associação entre os níveis de atividade física e escolaridade ($p>0,05$), mas nota-se maior concentração de idosos no ensino fundamental 1, para todos os níveis de atividade física e todos os grupos.

Tabela 6. Escolaridade dividida por nível de atividade física nos três agrupamentos dos idosos, Botucatu-SP.

Grupo	Escolaridade						p
	Analfabeto N (%)	Funda- mental 1	Funda- mental 2	Médio	Superior	Total	
Obrigaçã ⁽¹⁾							
Ativo	6 (31,58) ^a	7(36,84) ^a	3 (15,79) ^a	0 (0,00) ^b	3(15,79) ^a	19	0,03827
Moderado	4 (22,22) ^b	11(61,11) ^a	0 (0,00) ^b	2 (11,11) ^b	1 (5,56) ^b	18	<0,0001
Sedentário	21 (24,71) ^b	42 (49,41) ^a	4 (4,71) ^c	10 (11,76) ^c	8 (9,41) ^c	85	<0,0001
Sub-total	31 (74,80)	60(147,36)	7 (20,50)	12 (22,87)	12(30,76)	122	
Lazer ⁽²⁾							
Ativo	3 (18,75) ^b	9 (56,25) ^a	1 (6,25) ^c	2 (12,50) ^c	1 (6,25) ^c	16	0,0015
Moderado	1 (6,25) ^b	10 (62,50) ^a	2 (12,50) ^c	1 (6,25) ^c	2 (12,50) ^c	16	0,0001
Sedentário	12 (17,14) ^b	33 (47,14) ^a	9 (12,86) ^b	3 (4,29) ^c	13 (18,57) ^b	70	<0,0001
Sub-total	16 (42,14)	52(165,89)	12 (31,61)	6 (23,04)	16(37,32)	102	
Valores Interiores ⁽³⁾							
Ativo	6 (26,09) ^a	11 (47,83) ^a	2 (8,70) ^b	2 (8,70) ^b	2 (8,70) ^b	23	0,0018
Moderado	1 (7,69) ^b	9 (69,23) ^a	3 (23,08) ^c	0 (0,00) ^c	0 (0,00) ^c	13	<0,0001
Sedentário	25 (23,81) ^b	56 (53,33) ^a	13 (12,38) ^c	5 (4,76) ^c	6 (5,71) ^c	105	< 0,001
Sub-total	32 (57,59)	76(170,39)	18 (44,16)	7 (13,46)	8 (14,41)	141	

⁽¹⁾ $p=0,586$; ⁽²⁾ $p=0,7384$; ⁽³⁾ $p=0,6479$; proporções seguidas de mesma letra não diferem significativamente.

Temos que, com os resultados obtidos da Tabela 6, se mantêm como os obtidos da Tabela 5, ou seja, mesmo considerando as divisões de acordo com os grupos, nota-se que o ensino fundamental 1 difere dos demais para os três níveis de atividade física, mantendo ainda o sedentarismo como o nível de maior prevalência.

Levando-se em conta, agora, o estado civil, os níveis de atividade física demonstrados na Tabela 7, mostram um número elevado de casados (56,99%) e viúvos (31,23%) e menor valor para os separados, com apenas 4,38% idosos nesta situação.

Tabela 7. Nível de atividade física por agrupamentos e estado civil de idosos da cidade de Botucatu-SP.

	Estado Civil N(%)				p
	Casado	Separado	Solteiro	Viúvo	
Ativo	37 (10,14) ^a	3 (0,82) ^c	6 (1,64) ^b	12 (3,29) ^b	<0,0001
Moderado	26 (7,12) ^a	1 (0,27) ^b	3 (0,82) ^b	17 (4,66) ^a	<0,0001
Sedentário	145 (39,73) ^a	12 (3,29) ^c	18 (4,93) ^c	85 (23,29) ^b	<0,0001
Total	208 (56,99)	16 (4,38)	27 (7,40)	114 (31,23)	

p=0,5886

Com a Tabela 7, observamos que não existe associação entre nível de atividade física e estado civil. Mas, considerando os níveis de atividade física separadamente, encontramos diferença significativa para o estado civil. Para os ativos e sedentários, tem-se que os casados são mais prevalentes, diferindo dos demais. Já para o nível moderado, não foi encontrada diferença significativa entre os casados e viúvos. Os separados e solteiros não diferem significativamente nos três níveis de atividade física.

Na tabela 8 também não encontramos associação entre o nível de atividade física e o estado civil separado pelos grupos ($p>0,05$).

Tabela 8. Nível de atividade física por agrupamentos e estado civil de idosos da cidade de Botucatu-SP.

Grupo	Estado Civil				p
	Casado	Separado	Solteiro	Viúvo	
Obrigação ⁽¹⁾					
Ativo	11(57,89) ^a	2 (10,53) ^b	2 (10,53) ^b	4 (21,05) ^b	0,0015
Moderado	7 (38,89) ^a	1 (5,56) ^b	2 (11,11) ^b	8 (44,44) ^a	0,0119
Sedentário	47 (55,29) ^a	3 (3,53) ^c	10 (11,76) ^c	25 (29,41) ^b	<0,0001
Lazer ⁽²⁾					
Ativo	12 (75,00) ^a	0 (0,00) ^b	2 (12,50) ^b	2 (12,50) ^b	<0,0001
Moderado	11 (68,75) ^a	0 (0,00) ^b	1 (6,25) ^b	4 (25,00) ^b	<0,0001
Sedentário	45 (64,29) ^a	6 (8,57) ^c	4 (5,71) ^c	15 (21,43) ^b	<0,0001
Valores Interiores⁽³⁾					
Ativo	14 (60,87) ^a	1 (4,35) ^b	2 (8,71) ^b	6 (26,09) ^b	<0,0001
Moderado	8 (61,54) ^a	0 (0,00) ^b	0 (0,00) ^b	5 (38,46) ^a	0,0002
Sedentário	53 (50,48) ^a	3 (2,86) ^b	4 (3,81) ^b	45 (42,86) ^a	<0,0001

⁽¹⁾ $p=0,6534$; ⁽²⁾ $p= 0,6030$; ⁽³⁾ $p=0,6585$; proporções nas linhas seguidas de mesma letra não diferem significativamente.

Com os resultados da Tabela 8, nota-se que o padrão dos níveis de atividade física com o estado civil separado por grupos se mant m, ou seja, para o grupo 1, não existe diferenç  significativa entre casados e viúvos para o nível moderado. Já para o grupo 2, existe diferenç  significativa entre casados e viúvos para todos o níveis de atividade física. No grupo 3, não existe diferenç  significante entre os níveis sedentário e moderado para casados e viúvos. O padrão para solteiros e separados não mudou.

4.4 Morbidades Referidas e Nível de Atividade Física

A tabela 9 descreve as morbididades referidas e os respectivos agrupamentos para um grupo estimado de 100 pessoas, visando apresentar valores corrigidos de uma base populacional que permita estabelecer projeções.

Tabela 9. Morbidades referidas em proporção para 100 pessoas, separadas pelos agrupamentos de qualidade de vida dos idosos, Botucatu-SP.

Grupos	Morbidades Referidas		
	Pressão alta	Problemas do coração	Diabetes
Obrigação	52	34	15
Lazer	41	18	14
Valores interiores	48	18	16
Total	47	23	15

Conforme mostrado na tabela 9, há maiores prevalências de pressão alta (52) e problemas do cora o (34), no grupo obriga o, caracterizado pelo grupo que refere qualidade de vida com aspectos de obriga o, sendo o agrupamento mais doente. O grupo lazer apresenta menor prevalência de morbididades, com 41 para pressão alta, 18 para problemas do cora o e 14 para diabetes.

No cômputo das morbididades presentes, nota-se que a maioria   portadora de pressão alta (47), enquanto a minoria   portadora de diabetes (15) ou sem nenhuma morbidade referida (15), demonstrando reduzida freq ncia de idosos sem ocorrência de doença.

Já para as morbidades classificadas por nível de atividade física dentro dos grupos, foram encontrados os seguintes resultados na tabela 10.

Tabela 10. Nível de atividade física, em proporção para 100 pessoas, separada pelos agrupamentos e morbidades presentes dos idosos, Botucatu-SP.

Grupos	Morbidades Referidas		
	Pressão alta	Problema coração	Diabetes
Obrigaçã			
Ativo	32	10	10
Moderado	56	56	22
Sedentário	55	34	16
Lazer			
Ativo	37	6	19
Moderado	37	19	19
Sedentário	43	20	11
Valores Interiores			
Ativo	35	17	4
Moderado	54	15	31
Sedentário	50	18	14
Total	47	23	15

Observamos que a pressão alta está elevada nos três grupos com o nível sedentário, principalmente no grupo obrigaçã, com freqüência de 55 para cada 100 idosos.

Sabe-se que este mesmo grupo apresenta proporções elevadas no nível de atividade física moderada, para os problemas do coração (56) e pressão alta (56) Com isto, pode-se dizer que talvez esses idosos

praticuem uma atividade física moderada em decorrência dos problemas de saúde citados.

Entre os diabéticos, a frequência maior se encontra entre o nível de atividade física moderada no grupo obrigação e valores interiores, ou seja, 22 e 31 pacientes respectivamente, para cada 100 idosos.

Após as observações sobre o perfil sócio demográfico e morbidades referidas, mostraremos resultados dos domínios de satisfação com o bem estar, prevenção, relações sociais, e habilidades intelectuais e manuais nos agrupamentos com os respectivos níveis de atividade física.

4.5. Escala de Vida de Flanagan e Nível de Atividade Física.

Associando os domínios da Escala de Vida de Flanagan com os níveis de atividade física dos idosos de Botucatu, SP, obtivemos os resultados a seguir:

4.5.1. Domínio Bem Estar

As questões que compõem o domínio bem estar são:

- O quanto o (a) o senhor (a) está contente com sua saúde? (fisicamente bem e vigoroso)
 - Qual a satisfação do (a) senhor (a) em relação a sua capacidade de desempenho nas atividades do dia-dia? (reconhecer seus potenciais e limitações)
 - Qual a satisfação do (a) senhor (a) com relação a sua capacidade para o trabalho? (emprego ou em casa).
-

A classificação segue uma escala de 1 a 7, sendo que o nível 1 indica pouco satisfeito e o nível 7 indica muito satisfeito.

Levando-se em conta os níveis de atividade física e os níveis de classificação da escala de Flanagan, foram obtidas baixas freqüências para os níveis 1 a 3 e freqüências maiores para os níveis de 4 a 7. Desse modo, agrupamos as freqüências de 1 a 3 e de 4 a 7, classificando-as como insatisfeito e satisfeito, respectivamente. Foram também agrupados os níveis ativo e moderado, mantendo a denominação ativo.

A distribuição das respostas com relação às três perguntas do domínio bem estar relacionadas com o nível de atividade física para todos os grupos, mostrados na Tabela 11.

Tabela 11. Associação entre satisfação com a vida e nível de atividade física nos agrupamentos de qualidade de vida de idosos, Botucatu/SP.

	Grupos					
	Obrigação		Lazer		Valores Interiores	
Qual a satisfação com a saúde?						
	N	OR (IC)	N	OR (IC)	N	OR (IC)
Ativo	34	2,83(0,78-10,34)	24	0,88 (0,33-2,36)	27	0,31 (0,12-0,85)
sedentário	68	1,0	54	1,0	95	1,0
Qual a satisfação com relação atividades do dia-a-dia?						
	N	OR (IC)	N	OR (IC)	N	OR (IC)
Ativo	34	0,29 (0,66-8,96)	28	1,87 (0,57-6,18)	31	1,11 (0,38-3,29)
sedentário	15	1,0	55	1,0	89	1,0
Qual a satisfação com relação a capacidade para o trabalho?						
	N	OR (IC)	N	OR (IC)	N	OR (IC)
Ativo	31	1,59 (0,58-4,35)	28	2,08 (0,87 – 9,01)	31	1,37 (0,47-3,98)
sedentário	65	1,0	50	1,0	86	1,0

Nota: (OR) Odds Ratio; (IC) Intervalo de confiança.

Nota-se que o indivíduo ativo é mais satisfeito com a saúde na maioria das questões ($OR > 1$), mas não foram observados valores significantes. Com exceção da satisfação com a saúde dos sedentários do grupo valores interiores.

4.6. Domínio Prevenção (DP) e Nível de Atividade Física.

No que se refere às perguntas relacionadas à prevenção, temos:

- Sua alimentação diária inclui frutas e verduras?
- O (a) Sr (a) evita alimentos gordurosos (carnes, frituras)?
- O (a) Sr (a) evita doces?
- Tem costume de comer entre as refeições?
- O (a) Sr (a) conhece sua pressão arterial, seus níveis de colesterol e procura controlá-los?

As freqüências das respostas que estavam entre “as vezes”, “não”, “quase sempre” e “sim”, foram agrupadas para freqüências de respostas “as vezes” e “não”, como também “quase sempre” e “sim” para melhor análise das variáveis. Foram também agrupados os níveis ativo e moderado, mantendo a denominação ativo, mostrados na tabela 12.

Tabela 12. Associação entre cuidados com a saúde e nível de atividade física nos agrupamentos de qualidade de vida de idosos, Botucatu/SP.

	Grupos					
	Obrigação		Lazer		Valores Interiores	
Sua alimentação inclui frutas e verduras?						
	N	OR (IC)	N	OR (IC)	N	OR (IC)
Ativo	27	0,53 (0,21-1,34)	25	0,46 (0,15 -1,41)	28	0,98 (0,39 - 2,44)
sedentário	71	1,0	62	1,0	82	1,0
Evita alimentos gordurosos?						
	N	OR (IC)	N	OR (IC)	N	OR (IC)
Ativo	19	0,32 (0,14 -0,73)	18	1,02 (0,44- 2,37)	24	1,28 (0,58 - 2,84)
sedentário	65	1,0	39	1,0	64	1,0
Evita doces?						
	N	OR (IC)	N	OR (IC)	N	OR (IC)
Ativo	16	0,61 (0,28- 1,34)	8	0,39 (0,16 -1,00)	11	2,19 (1,16 – 4,10)
sedentário	47	1,0	32	1,0	45	1,0
Tem o costume de comer entre as refeições?						
	N	OR (IC)	N	OR (IC)	N	OR (IC)
Ativo	28	2,51 (1,06 -5,97)	25	1,14 (0,42 – 3,11)	24	1,38 (0,63 -3,07)
sedentário	47	1,0	24	1,0	31	1,0
Conhece a sua pressão arterial e os níveis de colesterol?						
	N	OR (IC)	N	OR (IC)	N	OR (IC)
Ativo	30	0,84 (0,31- 2,03)	24	0,68 (0,25- 1,06)	31	1,29 (0,41- 3,52)
sedentário	71	1,0	57	1,0	88	1,0

Nota: (OR) Odds Ratio; (IC) Intervalo de confiança.

Nota-se que os idosos sedentários do grupo obrigação evitam mais alimentos gordurosos que os ativos (OR=0,32). Já os idosos ativos do grupo valores interiores tem mais chances de evitarem doces que os sedentários (OR=2,19). Para as demais questões, não foram encontradas valores significativos de OR para os três grupos.

4.7. Domínio Relação Social (DRS) e Nível de Atividade Física.

No que se refere às perguntas relacionadas à relações sociais, temos:

- O (a) Sr (a) é ativo na sua comunidade, sente-se útil no seu ambiente social?
- O (a) Sr (a) faz algum trabalho voluntário fora de casa?
- O (a) Sr (a) procura cultivar amigos?
- Qual a satisfação do (a) senhor (a) em relação a sua participação em atividades de lazer?

Para as respostas obtidas nos grupos e o nível de atividade física, encontramos as frequências na tabela 13.

Tabela 13. Associação entre questões de relações sociais e nível de atividade física dos grupamentos de qualidade de vida, de idosos, Botucatu/SP.

	Grupos					
	Obrigação		Lazer		Valores Interiores	
É ativo na sua comunidade?						
	N	OR (IC)	N	OR (IC)	N	OR (IC)
Ativo	19	0,89(0,41-1,94)	14	1,16 (0,50 – 2,72)	23	1,43 (0,66 – 3,13)
sedentário	46	1,0	28	1,0	58	1,0
Faz algum trabalho voluntário?						
	N	OR (IC)	N	OR (IC)	N	OR (IC)
Ativo	6	1,30 (0,44- 3,83)	6	1,56 (0,50- 4,84)	60	1,9 (0,64 -5,66)
sedentário	11	1,0	9	1,0	10	1,0
Procura cultivar amigos?						
	N	OR (IC)	N	OR (IC)	N	OR (IC)
Ativo	8	0,49 (0,20 -1,26)	19	1,94 (0,83 - 4,56)	20	1,18 (0,55 - 2,53)
sedentário	39	1,0	30	1,0	54	1,0
Qual a satisfação sobre participação em atividades de lazer?						
	N	OR (IC)	N	OR (IC)	N	OR (IC)
Ativo	34	2,37 (0,63 -8,92)	27	2,01 (0,68-5,98)	35	6,76 (0,87- 52,76)
sedentário	62	1,0	51	1,0	88	1,0

Nota: (OR) Odds Ratio; (IC) Intervalo de confiança.

Sobre as respostas das questões de relações sociais não foram encontrados valores significativos de OR para as questões consideradas e os grupos entre os níveis de atividade física.

4.8. Domínio Intelectual e Habilidades e Nível de Atividade Física.

Para este domínio, foi elaborada as seguintes questões:

- Qual a satisfação do (a) senhor (a) em relação a sua capacidade de aprender em cursos, palestras, escolas?

- Qual a satisfação do (a) senhor (a) em relação a sua capacidade de adquirir novas habilidades manuais? (através de pintura, tricô, musica, poemas, artesanato).

As respostas dos grupos são observadas na tabela 14.

Tabela 14. Associação entre satisfação em aprender habilidades intelectuais e motoras, com nível de atividade física nos agrupamentos de idosos, Botucatu-SP.

	Grupos					
	Obrigação		Lazer		Valores Interiores	
Qual a satisfação em aprender em palestras e cursos?						
	N	OR (IC)	N	OR (IC)	N	OR (IC)
Ativo	25	2,03 (2,91-4,57)	28	3,5 (1,4 - 8,74)	25	1,23 (0,55 – 2,79)
sedentário	43	1,0	35	1,0	68	1,0
Qual a satisfação em adquirir novas habilidades manuais?						
	N	OR (IC)	N	OR (IC)	N	OR (IC)
Ativo	25	1,39 (0,61- 3,13)	20	1,25 (0,53 -2,95)	26	1,08 (0,47 - 2,53)
sedentário	51	1,0	40	1,0	74	1,0

Nota: (OR) Odds Ratio; (IC) Intervalo de confiança.

Do mesmo modo que as questões de aspectos sociais, as perguntas de habilidades intelectuais e motoras não apresentam valores significativos de OR para as questões consideradas e o nível de atividade física ativo nos três grupos.

Para compreensão de cada domínio, de modo geral, a tabela 15, mostra a porcentagem de médias ponderadas de todos os domínios e o total separados por nível de atividade física.

Tabela 15. Media e desvio padrão dos percentuais referente a cada domínio e a media ponderada referente a todos os domínios.

Domínios	Nível de atividade física			p-valor
	Ativo	Moderado	Sedentário	
	média ± dp	média ± dp	média ± dp	
Bem estar	80,08 ± 22,12 ^a	66,78 ± 27,91 ^b	66,41 ± 27,84 ^b	0,0023
Prevenção	70,85 ± 25,70 ^a	78,53 ± 26,77 ^{a,b}	79,69 ± 23,02 ^b	0,0406
Relações sociais	55,75 ± 18,43 ^a	44,54 ± 21,54 ^b	45,00 ± 22,43 ^b	0,0026
Habilidades intelectuais	61,64 ± 29,49 ^a	44,68 ± 31,06 ^b	51,03 ± 34,26 ^b	0,0255
Total dos domínios	65,71 ± 16,47 ^a	55,21 ± 18,70 ^b	57,69 ± 20,43 ^b	0,0090

Medias, seguidas de mesma letra, não diferem significativamente pelo teste de Tukey ao nível de 5% de probabilidade.

Na tabela 15 encontramos diferenças significativas em todos os domínios quando comparado o nível de atividade física ativo para sedentário. Confirmando que os ativos são mais satisfeitos com sua saúde ($p=0,0023$), tem melhor relacionamento social ($p=0,0026$), estão contentes com suas habilidades intelectuais e motoras ($p=0,0255$), mas no domínio prevenção, os valores se invertem ($p=0,0406$). Os sedentários cientes da sua condição física debilitada, acabam se alimentando melhor, como forma de prevenção para futuras doenças e agravos em sua saúde.

4.9 Nível de atividade física separado por atividade.

A tabela 16 mostra o número de idosos que praticam alguma atividade física de acordo com as respostas obtidas no IPAQ e o tipo de atividade.

Tabela 16. Frequência de idosos que exercem atividades da semana nas diferentes atividades do cotidiano de idosos de Botucatu/SP.

Atividade física (AF) no trabalho	Frequência		Porcentagem em relação ao total dos idosos
	Feminino	Masculino	
Vigoroso	5	20	7
Moderado	49	55	28
Leve	57	46	28
AF como transporte			
Caminhada	113	84	29
AF tarefa doméstica			
Vigoroso	63	27	25
Moderado	67	38	29
Leve	171	73	39
AF como lazer			
Vigoroso	4	12	4
Modereado	18	9	7
Leve	67	62	35

De acordo com a tabela 16, a maioria dos idosos exerce atividade física leve ou moderada considerando o trabalho, transporte, tarefa doméstica. Quando a atividade física é para o lazer, a maioria exerce essa atividade de modo leve.

4.10. Atividade física supervisionada.

Na tabela 17, perguntamos aos idosos se já praticaram algum exercício supervisionado, com três opções de respostas mostradas abaixo.

Tabela 17. Freqüência de respostas dos idosos a pergunta: Já praticou algum exercício supervisionado?

Respostas	Freqüência	Porcentagem
Sim, pratico atualmente.	20	5,47%
Não, mas já pratiquei.	59	16,16%
Não, nunca pratiquei	286	78,35%

Descrevendo os dados da tabela 16, encontramos valores elevados para os idosos que nunca praticaram exercício supervisionado 78,35% (n=286) contra 5,47% (n=20) daqueles que sim, praticam exercício atualmente e 16,16% (n=59) para os demais que já praticaram alguma vez.

Comparado as respostas da tabela 17 com os resultados da avaliação do IPAQ pelo nível de atividade física (tabela 2), encontramos valores muito próximos entre a freqüência e porcentagem dos idosos que nunca praticaram exercício supervisionado (78,35%, n= 286) e da classificação de sedentarismo (71,23% n= 260).

5. DISCUSSÃO

De acordo com os resultados obtidos com a amostra representativa dos idosos de Botucatu, 59,7% eram mulheres e 40,3% homens. Características de padrão semelhante foram encontrados em países desenvolvidos e no Brasil, demonstrando que a proporção feminina de idosas aumenta conforme aumenta a idade, fenômeno conhecido como feminização da velhice (CAMARANO, 2003).

Dos 365 idosos que responderam ao IPAQ, a classificação geral revelou elevada prevalência de sedentários (71,23%). Comparando com as regiões Sul e Nordeste, foram encontrados proporções de sedentarismo de 47,3% e 67,5%, respectivamente (SIQUEIRA et al, 2008). Na população de Botucatu, encontramos a mais numerosa fatia sem qualquer atividade física, motivo pelo qual, merecedora de especial atenção.

Levando-se em conta o sexo, a prevalência de sedentarismo em Botucatu foi maior para o feminino (64,62%) do que para o masculino (35,38%). Distribuição quase igual foi observada em estudo representativo de idosos em São Paulo, capital do mesmo ano, onde 64,41% correspondiam a mulheres sedentárias e 35,58% para homens (ROSA et al, 2003). Em Pelotas/RS (HALLAL et al, 2003), as mulheres obtiverem prevalência similar de sedentarismo, com 69,1% e 57% para os homens, representando sempre elevada prevalência entre as mulheres idosas. Número preocupante, já que a maioria, na presente amostra, é de mulheres inativas, demonstrando possível risco de morbidades em indivíduos sedentários.

Na divisão dos idosos dos três grupos obtidos (Obrigações, Lazer e Valores Interiores), mostramos que o sedentarismo é maior no sexo feminino, de acordo com a Tabela 3, revelando diferenças significativas entre os grupos. Sua maior prevalência foi para valores interiores. Este grupo, que valoriza qualidade de vida como relações interpessoais, boa saúde e equilíbrio emocional, é composto por aqueles que mantêm um maior convívio com a família, dedicando-se, prioritariamente, às atividades do lar. Neste diapasão, é esperado que o nível de atividade física exercido por esses idosos não seja suficiente para classificá-los numa outra categoria. Já para os do grupo Lazer, que são os que valorizam o lazer, bens materiais e hábitos saudáveis, também é esperado que se encontre uma prevalência menor de sedentarismo, pela própria característica que o coloca no rol que prioriza o lazer, já acima alinhavado. Não foram encontradas referências na literatura sobre qualidade de vida e agrupamentos de idosos, em relação a atividade física que possa ser comparado com os achados pelo presente estudo.

Considerando o nível de escolaridade dos idosos participantes, não foi encontrada associação significativa, entre nível de atividade física e escolaridade (Tabela 5), como também, entre os agrupamentos de qualidade de vida referida (Tabela 6). Portanto, níveis de escolaridade similares com os de Botucatu foram encontrados por Rosa et al (2003), em amostra representativa de idosos da cidade de São Paulo, onde 29 % correspondiam aos analfabetos, 41 % ensino fundamental 1 e 16 % ensino fundamental 2. Já para os idosos de Botucatu, encontramos 21,64% de analfabetos, 51,51% com ensino fundamental 1 e 10,14% com ensino fundamental 2.

A respeito do estado civil e nível de atividade física, não houve associação significativa (tabela 7). Entretanto, ocorreu maior prevalência entre casados (57%) e viúvos (31%). Esta mesma associação foi verificada quando se considerou a divisão entre grupos (tabela 8). Sales-Costa et al (2003), também não encontraram diferença significativa entre estado civil e nível de atividade física na cidade do Rio de Janeiro. Porém, houve prevalência similar entre os casados, com 54,66 % da amostra nesta situação conjugal (57% em nossos achados). Comparando com os idosos da capital, observamos resultados quase iguais, com proporção de casados de 55,60% e viúvos 32,98% (ROSA et al, 2003).

Além da caracterização sociodemográfica do idoso, é complementar, e até fundamental, a descrição da situação da saúde como morbidade referida, contribuindo para a elaboração de programas e políticas de saúde, tentando reduzir futuros riscos para mortalidades.

Para as morbidades referidas, observa-se, na tabela 9, que a maioria tem problemas de pressão alta, seguidos de problemas do coração e diabetes (47, 23 e 15, respectivamente na proporção de uma população de 100 idosos). A elevada prevalência de hipertensão arterial também é observada na cidade de São Paulo com 55,7%, apresentando um dos maiores valores dentre as capitais brasileiras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Nos três grupos estudados, a prevalência se mantém da mesma forma que no montante total, mas o grupo Obrigação se caracteriza por ser o mais doente, e o grupo Lazer com menor morbidade. Considerando o

nível de atividade física para os três grupos (tabela 10), os ativos estão em menor número em quase todas as morbidades, em relação aos sedentários, sugerindo elevado controle de doenças pelo aumento do nível de atividade física (tabela 10). Para tanto, muitos pesquisadores têm esclarecido que o sedentarismo induz ao aparecimento de morbidades, principalmente as cardiovasculares. Elas representam um gasto excessivo no número de internações, medicamentos e despesas totais dos cofres públicos, sendo a principal causa de morte no Brasil e no mundo (POWELL, 1987; BLAIR, 1989; LEE e PAFFENBARGER 2000).

Analisando a presente pesquisa, a qual indica a prevalência de mulheres (59,72%) com pressão alta (47,39%), devemos atentar ao problema, criando estratégias para prevenção e controle da hipertensão, visando, principalmente, o sexo feminino, já que a maioria das idosas nesta morbidade é de sedentárias. Desta forma, devemos estimular a prática de atividade física entre os idosos do presente estudo, como forma de prevenir ou postergar futuras morbidades, já que, em nossos achados, estamos com proporção elevada de sedentarismo (71,23%). Esta elevada prevalência pode contribuir para o aumento do risco de morte, que ocorre em cerca de 30%, entre os idosos sedentários (SESSO et al 2000; WILLIAMS e WILKINS, 2000; MATSUDO et al, 2001).

Com relação à satisfação com a vida em geral, a maioria dos idosos disse estar satisfeito em diferentes situações da vida, dentre elas, nos domínios de bem-estar (saúde, atividades do dia-a-dia e no trabalho), de prevenção (nutrição e de cuidados com a saúde), de relações sociais

(amizades, lazer, entretenimento) e de desenvolvimento intelectual e habilidades motoras.

Nos domínios de bem estar, quando foi realizada a associação entre nível de atividade física e satisfação, em sua maioria, os ativos mostraram-se mais satisfeitos, com exceção do grupo valores interiores, onde os sedentários estão mais contentes com a saúde do que os ativos (OR=0,31, IC=0,12-0,85), fato que se deve a própria caracterização do grupo. São pessoas que valorizam a família, ficam mais tempo em casa se dedicando ao lar, motivo pelo qual são os mais sedentários de todos grupos e estão satisfeitos com a sua saúde desta forma.

Em um estudo epidemiológico da mesma faixa etária em São José - SC, houve diferença significativa entre nível de atividade física pouco ativo e estado de saúde ruim. 50% dos idosos pouco ativos revelaram que sua saúde atual é ruim, (quando sugerido entre boa, mais ou menos e ruim). Já para a satisfação com a saúde, 67% dos idosos muito ativos estavam satisfeitos (MAZO et al, 2007). Esta pesquisa, somada a dos idosos de Botucatu, corrobora para confirmar a importância do aumento do nível de atividade física para melhorar satisfação com a saúde da população idosa de modo geral.

No que se refere aos cuidados com a nutrição, houve maior atenção com a alimentação entre os sedentários (incluindo frutas e verduras nas refeições, evitando alimentos gordurosos e doces), com valor significativo entre o grupo Obrigação, que evitam mais os alimentos gordurosos do que

entre os ativos. A cautela com a alimentação entre os sedentários se deve ao fato de serem mais acometidos por morbidades, motivo pelo qual são mais meticolosos com a alimentação, já que não praticam atividade física. Acerca do costume de comer entre as refeições, os ativos, em todos os grupos, relataram manter tal hábito.

A respeito das relações sociais (tabela 13), os ativos também referem ser mais participativos na comunidade, fazendo trabalhos voluntários, cultivando amigos e apresentam maior satisfação com atividades de lazer, com relação aos sedentários em quase todos os grupos. Esta maior participação em atividades na comunidade, pode ser em virtude da elevada satisfação com a saúde dos idosos ativos (tabela 12), colaborando para melhorar a disposição em relacionamentos sociais e envolvimento com atividades relacionadas a comunidade.

Para a satisfação em habilidades intelectuais e motoras, os ativos em todos os grupos mostraram-se mais satisfeitos do que os sedentários, com estatística significativa para o grupo obrigação e lazer nas habilidades intelectuais (OR=2,03, IC=2,91 - 4,57 e OR=3,5; IC=1,4 - 8,74, respectivamente). Os ativos têm muito mais interesse e satisfação em aprender em cursos e palestras e adquirir novas habilidades do que os sedentários. Confirmando estes resultados, ELSAYED et al (1980) sugerem dados epidemiológicos de que as pessoas moderadamente ativas têm risco reduzido de serem acometidas por desordens mentais dos que as sedentárias, mostrando que exercícios físicos exercem benefícios nas habilidades intelectuais. Comprovando os resultados, Antunes et al (2001) elaboraram um

estudo com 23 mulheres saudáveis entre 60 e 70 anos ($64,3 \pm 3,3$ anos), onde foram submetidas a 60 minutos de caminhada, três vezes por semana. Como atividade complementar, foram submetidas a exercícios de alongamento e flexibilidade. Após seis meses de treinamento, observaram melhora na atenção, memória, agilidade e no padrão de humor em relação a um grupo de 17 mulheres sedentárias. Esses resultados sugerem que a participação em um programa de exercício aeróbio pode ser vista como uma alternativa não medicamentosa importante para melhora das habilidades cognitivas.

O nível de atividade física pode interferir as habilidades cognitivas por diversos motivos, dentre eles: a) em função do aumento nos níveis dos neurotransmissores e por mudanças em estruturas cerebrais (isto seria evidenciado na comparação de indivíduos fisicamente ativos x sedentários); b) pela melhora cognitiva observada em indivíduos com prejuízo mental (baseado na comparação com indivíduos saudáveis); c) na melhora limitada obtida por indivíduos idosos, em função de uma menor flexibilidade mental / atencional quando comparado com um grupo jovem. (HANNA et al, 2006)

Com todos estes resultados dos domínios de Flanagan, é notório que o nível de atividade física, classificado como ativo, melhora a percepção do idoso sobre sua saúde, bem como, os relacionamentos sociais na comunidade, satisfação em participar de atividades de lazer e, principalmente, maior disposição em adquirir habilidades intelectuais em palestras e cursos, como também, aprender habilidades manuais de crochê, tricô, artesanatos, entre outros.

Vista a importância da atividade física para a população idosa nos diversos aspectos acima elencados, devemos dar atenção para o fato de que apenas 15,89% são ativos e 12,87% têm nível de atividade física moderada. Portanto, a grande maioria é sedentária (71,23%) usufruindo menos dos benefícios advindos do nível de atividade física mais elevada. Do mesmo modo, a maior parte nunca praticou exercício supervisionado (78,35%), sendo que o número de sedentários deste estudo é quase idêntico àqueles que nunca praticaram exercício orientado por um profissional treinado, ou seja, os indivíduos classificados como sedentários podem fazer parte do mesmo grupo daqueles que nunca praticaram exercício supervisionado.

Outro fator relevante da pesquisa mostrada na tabela 16, é que a maioria referiu atividades leves e moderadas em todas as tarefas do dia-a-dia, contando as do trabalho, meio de transporte, tarefas domésticas e atividade física como lazer. Resultados que não colaboram para elevar o nível de atividade física da população estudada com altíssima prevalência de sedentários.

Já, quando calculamos uma média ponderada, levando-se em conta todos os domínios estudados, nota-se que os ativos possuem uma porcentagem referente à satisfação com a vida maior que os demais. Com exceção ao domínio de prevenção, onde os sedentários foram mais cautelosos com sua alimentação, evitando alimentos proibidos. Isto pode ser devido a maior responsabilidade com sua saúde, posto que não são ativos e, provavelmente, têm plena consciência da exacerbação do risco que sobre eles incide.

A despeito da mencionada cautela nutricional, constatou-se a necessidade de se estabelecer uma cultura de exercícios físicos supervisionados para a população estudada, já que 78,35% nunca praticaram este tipo de atividade física e, segundo a classificação do questionário, as atividades leves e moderadas não são suficientes para classificar a amostra como moderadamente ativa e ativa fisicamente.

6. CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos, podemos concluir que:

1. Os agrupamentos obtidos de acordo com o Método de Ward, considerando a coincidência das respostas para a pergunta aberta sobre qualidade de vida para uma população idosa, formam-se por pessoas sedentárias, não importando o sexo, escolaridade e estado civil. Sendo o grupo obrigação o mais doente e o grupo lazer com menor prevalência de morbidades.

2. Considerando os níveis de atividade física com relação aos agrupamentos obtidos, nota-se homogeneidade nos níveis de atividade física, com elevada prevalência para os sedentários e reduzida para os ativos, ficando, os moderadamente ativos, com proporção um pouco maior do que os ativos.

3. Para as morbidades referidas, foi observado maior prevalência de pressão alta e problemas do coração entre os sedentários. Permitindo concluir que o nível de atividade física ativo pode exercer influência benéfica e contribuir na minimização dos índices de doenças.

4. Nos aspectos de satisfação com a vida em geral, pode-se dizer que a maioria dos idosos ativos está satisfeito em diferentes situações da vida, principalmente em adquirir habilidades intelectuais e manuais. No entanto, ocorreu maior cuidado com a nutrição entre os sedentários, talvez devido ao elevado índice de morbidades presentes entre eles. Justificando a atenção à alimentação correta, como forma de controle da doença, já que o nível de atividade física é baixo.

5. Vistos os benefícios do nível de atividade física ativo para poucos idosos do presente estudo e a alta prevalência daqueles que nunca praticaram atividade física supervisionada, sugere-se maior atenção dos gestores para a implantação de políticas públicas com programas de educação em saúde, com orientação profissional para prevenção e práticas de atividade física e de lazer nos serviços básicos de saúde, a fim de reduzir a proporção de inativos fisicamente, beneficiando a saúde, bem estar, prevenção e controle de futuras doenças.

6. Cabe, então, aos profissionais de saúde, educadores físicos e gestores públicos, engajarem-se de maneira efetiva e eficaz na mobilização de recursos para construção e viabilização de projetos, que atinjam a meta de uma população idosa cada vez mais ativa e, conseqüentemente, com maior qualidade de vida.

7. REFERÊNCIAS

AINSLIE, P.; REILLY, T.; WESTERTERP, K. Estimating Human Energy Expenditure: A Review of Techniques with Particular Reference to Doubly Labelled Water. **Med Sci Sports Exerc.** v. 33, n. 9, p. 683-698, 2003.

AINSWORTH, B.E.; MATHEWS,C.E.; THOMPSON, R.W.; TUDOR-LOCKE, C. Comparison of pedometer and accelerometer measures of free-living physical activity. **Med Sci Sports Exercise.** v. 34, n. 12, p. 2045-2051, 2002.

ANTUNES, H.K.M.; SANTOS, R.F; HEREDIA, R.A.G.; BUENO,O.F.A; MELLO, M.T. Alterações cognitivas em idosas decorrentes do exercício físico sistematizado. **Revista da Sobama**, v. 6, n.10, p. 27-33, 2001.

BARROS, M.V.G., NAHAS, M.V. Reprodutibilidade (teste-reteste) do Questionário Internacional de Atividade Física (QIAF-Versão 6): um estudo piloto com adultos no Brasil. **Rev. Bras. Ciên e Mov.** v. 8, n. 1, p. 23-26, 2000.

BASSETT, D. JR.; AINSWORTH, B. E.; SWARTZ, A. M.; STRATH, S. J.; O'BRIEN, W. L. & KING, G. A. Validity of four motion sensors in measuring moderate intensity physical active. **Medicine & Science in Sports & Exercise.** v.32, n.9, p. 471-480, 2000.

BLAIR, S.N. Physical fitness and all-cause mortality. **JAMA.** v.262, n.7, p.2395-2401, 1989.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção de População do Brasil por sexo para o período1980-2050.** Revisão 2004. Disponível em: [http: <///www.ibge.gov.br.>](http://www.ibge.gov.br). Acesso em 15 junho. 2007.

BUTLER, R.N. Quality of life: Can it be an end-point? **American Journal of Clinical Nutrition.** v.55, n. 2, p. 1267-1270, 1992.

CAMARANO, A.A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança?. **Estud. av.** vol.17, n. 49, p.35-63. 2003.

CHAN, C.B.; SPANGLER, E.; VALCOUR, J.; TUDOR-LUCKE, C. Cross-sectional relationship of pedometer-determined ambulatory activity to indicators of health. **Obes. Res.** v.11, n.12, p. 1563-1570, 2003.

CRAIG, C.L.; MARSHALL, A.L.; SJOSTROM, M.; BAUMAN, A.E.; BOOTH, M.L.; AINSWORTH, B.E.; PRATI, M.; EKELUND, U.; YNGVE, A.; SALLIS, J.F.; OJA, P. International Physical Activity Questionnaire: 12 country reliability and validity. **Med Sci Sports Exerc.** v. 35, n. 8, p.1381-95, 2003.

ELSAYED, M., ISMAIL, A.H., YOUNG,R.J. Intellectual differences of adult men related to age and physical fitness before and after an exercise program. **Rev J. Gerontol.** v. 35, p. 383-387, 1980.

FLANAGAN, J.C. Changes in school levels of achievement: Project TALENT ten and fifteen year retests. **Educ Res;** v. 5, p. 9-12, 1976.

FLECK, M.P.A; LOUSADA, S; XAVIER, M; CHACHAMOVICH, E; VIEIRA, G; SANTOS, L et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Rev Saúde Pública.** v. 33, p. 198-205, 1999.

GAWRYSZEWSKI, V.P.; JORGE, M.H.P. & KOIZUMI, M. S. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 50, n. 1, p.97-103, 2004

GORDON,N.F. American College of Sports Medicine. **Diretrizes do ACSM para os Testes de Esforço e sua Prescrição.** 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 239p.

HALLAL, P.C., VICTORIA,C.G., WELLS, J.C.K., LIMA, R.C. Physical inactivity: prevalence and associated variables in brazilian adults. **Med Sci Sports Exerc.** v. 35, nº11, p.1894-1900, 2003.

HANNA, K. M., ANTUNES, SANTOS, R. F., CASSILHAS, R., SANTOS, R.V.T., BUENO, O.F.A., MELLO, M.T. Exercício físico e função cognitiva: uma revisão. **Rev. Bras. Med Esporte.** v. 12, n. 2, 2006.

IBGE Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 1980-2050 – Revisão 2000. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2000.

JOIA, L.C., RUIZ, T., DONALISIO, M.R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Rev. Saúde Pública.** v 41, n. 1, p.131-138, 2007.

LEE, I.M., PAFFENBARGER, R.S. Associations of light, moderate, and vigorous intensity physical activity with longevity. The Harvard Alumni Health Study. **Am J Epidemiol.** v. 2, n.9, p. 108-114, 2000.

MATSUDO, S.M., MATSUDO, V.K.R., NETO, T.L.B. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Rev Bras. Med. Esporte.** v.1, n.1, p. 20-26, 2001.

MATSUDO, S.M.M; ARAUJO, T.L; MATZUDO, V.K.R; ANDRADE, D.R; ANDRADE, E.L., OLIVEIRA, L.C., et al. IPAQ: Estudo de validação e reprodutibilidade no Brasil. **Rev Bras de Ativ. Fis. Saúde.** v. 6, n. 5, p. 5-18, 2001.

MATSUDO, V.K.R. & MATSUDO, S.M. Guidelines for data processing and analysis of the internacional physical activity questionnaires (IPAQ): short ando long forms. Novembro de 2005.

MAZO, GZ.; LIPOSCKI, DB.;ANANDA, C. Condições de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. **Rev. bras. fisioter.** vol.11, n. 6, p.437-442, 2007.

Ministério da Saúde/SVS e Instituto Nacional do Câncer (INCA): **Inquérito Domiciliar de Comportamentos de Risco de Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, 2003**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/d27b.htm>>. Acesso em: 19 junho, 2007.

NAHAS, M. V. Revisão de métodos para determinação dos níveis de atividade física habitual em diversos grupos populacionais. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. v.1 , n. 4, p. 27-37, 1996.

NAHAS, M.V.; BARROS, M.V.G.; FRANCALACCI, V. O pentágulo do bem estar-base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupo. **Rev Bras Ativ Fis Saúde**. v. 5, n. 3, p. 48-59, 2000.

OMS. **Planificacion y organizacion de los servicios geriátricos**. Informe Técnico, Genebra, 1994, 843p.

PAPALEO N. M. **Gerontologia: A velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**, São Paulo. Ed. Atheneu, 1996, 503p.

PARDINI. R.; MATSUDO, S.M.M.; ARAÚJO, T.; MATSUDO, V.K.R.; ANDRADE, E.; BRAGGION, G. Validação do Questionário Internacional de Nível de Atividade Física (IPAQ-versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. **Rev. Bras. Ciên e Mov**. v. 2, n. 9, p. 103-110, 2001.

PATE, R.R et al. Physical Activity and Public Health: A Recommendation From the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. **JAMA**. v. 273, n. 5, p.402-407, 1995.

PAULA, J.A.M. **Mobilidade do idoso: proposta para avaliação inicial**.Campinas, SP, 1999. 102p. Dissertação. (Mestrado em Gerontologia). Faculdade de Educação, UNICAMP.

PEREIRA, Renata Junqueira, COTTA, Rosângela Minardi Mitre, FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev. psiquiatr.** vol. 28, n. 1, p.27-38. 2006.

PITANGA, F.J.G. **Epidemiologia da atividade física, exercício físico e saúde.** São Paulo: Ed Phorte, 2004, 253p.

POWELL, K.E. Physical activity and the incidence of coronary heart disease. **Rev. Public Health.** v. 8, n. 4, p. 253-256, 1987.

RAMOS, M.P. **Apoio social e saúde entre idosos. Sociologias.** 2.ed. Porto Alegre, 2002, 205p.

RENNIE, K.L. Association of the metabolic syndrome with both vigorous and moderate physical activity International. **Journal of Epidemiology.** v.32, n. 4, p. 600-606, 2003.

ROSA, T.E.C.; BENÍCIO, M.H.D.; LATORRE, M.R.D.O.; RAMOS, L.R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Pública.** v 37, n. 1, p. 40-48, 2003.

SALLES-COSTA, R.S., WERNECK, G.L., LOPES, C.S., FAERSTEIN, E. Associação entre fatores sócio-demográficos e atividade física de lazer no estudo pró-saúde. **Cad. Saúde Pública.** v. 19, n. 4, p. 1095-1105, 2003.

SEADE, Fundação do Sistema Estadual de Análise de Dados. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br>>. Acesso em: 20 agosto 2007.

SEIDL, E.M. F & ZANNON, C.M. L. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública,** vol.20, n. 2, p.580-588, 2004.

SESSO, H.D., PAFFENBARGER, R.S., LEE, L.M. Physical activity and coronary heart disease in men: the Harvard Alumni Study. **Circulation**. v.102, n. 4, p. 178-185, 2000.

SHEPHARD, R.J. **Envelhecimento, atividade física e saúde**. São Paulo: Ed phorte, 2003, 302p.

SILVESTRE, J.A.; COSTA-NETO, M.M. Abordagem do Idoso em Programas de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**. v 19, n. 3, p. 839-847, 2003.

SIQUEIRA, F.V.; FACCHINI, L.A.; PICCINI, Roberto, X. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, , vol.24, n. 1, p.39-54, 2008.

VAN BOXTEL, M, P., LANGERAK, K, HOUX, P, J., JOLLES, J. Self report physical activity, subjective health, and cognitive performance in older adults. **Exp. Aging Res**. v. 22, n. 4, p. 363-79, 1996.

WANNAMETHEE, S. et al. Physical Activity in the Prevention of Cardiovascular Disease: An Epidemiological Perspective. **Medicine & Science in Sports & Exercise** . v. 31, n. 2, p. 101-114, 2001.

WHO, World Health Organization. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. 1.ed. Brasília, 2005, 60p.

WHOQUOL group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**. v 41, n. 10, p. 1.403-1.409, 1995

WILLIAMS e WILKINS. **American College of Sports Medicine**. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. 6 th ed, 2000, 358p.

7. ANEXOS

7.1. ANEXO 1

UNESP- FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU- DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

SER IDOSO EM BOTUCATU-SP

Número do questionário: _____ Data da entrevista: _____

Identificação do entrevistador: _____

Resultado da pesquisa

- () Realizada: obteve-se todas as informações
- () Não pertence mais á população em estudo: caso no domicílio não haja mais o morador sorteado, por morte ou mudança de endereço;
- () Domicilio fechado: residência habitada, porém os moradores não puderam ser encontrados;
- () Domicílio de uso ocasional: residência usada para lazer
- () Recusa
- () Domicilio vago
- () Óbito

Data: _____ Local: _____

BLOCO A) IDENTIFICAÇÃO:

Nome _____

Sexo _____ Data Nascimento ___/___/___ Estado Conjugal: _____

Endereço _____ Fone _____

Escolaridade:

- Analfabeto () Sabe escrever o nome () Aprendeu por outro meio ()
- Primário incompleto () Primário completo ()
- Ginásio incompleto () Ginásio Completo ()
- Colegial incompleto () Colegial Completo ()
- Superior Completo () Incompleto ().

BIOCO B—ESTILO E QUALIDADE DE VIDA**DOMINIO BEM ESTAR**

1. O quanto o (a) o senhor (a) está contente com sua saúde? (fisicamente bem e vigoroso (a))

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

2- Qual a satisfação do (a) senhor (a) em relação a sua capacidade de desempenho nas atividades do dia-dia? (reconhecer seus potenciais e limitações)

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

3- Qual a satisfação do (a) senhor (a) com relação a sua capacidade para o trabalho? (emprego ou em casa)

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

DOMÍNIO PREVENÇÃO

4- Sua alimentação diária inclui frutas e verduras?

() SIM () QUASE SEMPRE () ÀS VEZES () NÃO

5- O (a) Sr (a) evita alimentos gordurosos (carnes, frituras)?

() SIM () QUASE SEMPRE () ÀS VEZES () NÃO

6- O (a) Sr (a) evita doces?

() SIM () QUASE SEMPRE () ÀS VEZES () NÃO

7- Tem costume de comer entre as refeições?

() SIM () NÃO

8- O (a) Sr (a) conhece sua PRESSÃO ARTERIAL, seus níveis de COLESTEROL e procura controla-los?

SIM NÃO

DOMINIO RELAÇÕES SOCIAIS

19- O (a) Sr (a) é ativo na sua comunidade, sente-se útil no seu ambiente social?

SIM QUASE SEMPRE ÀS VEZES NÃO

20-O (a) Sr (a) faz algum trabalho voluntário fora de casa?

SIM ÀS VEZES NÃO

22—Seu lazer inclui reuniões com amigos, atividades esportivas em grupo, participação em associações? (Qualquer uma serve)

SIM QUASE SEMPRE ÀS VEZES NÃO

24- O (a) senhor (a) costuma de ouvir musica, assistir TV ou cinema, leitura e outros entretenimentos?

SIM QUASE SEMPRE ÀS VEZES NÃO

23- Qual a satisfação do (a) senhor (a) em relação a sua participação em atividades de lazer?

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

21—O (a) Sr (a) procura cultivar amigos ?

SIM NÃO

DOMÍNIO INTELECTUAL E HABILIDADES

25- Qual a satisfação do (a) senhor (a) em relação a sua capacidade de aprender em cursos, palestras, escolas?

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

26- Qual a satisfação do (a) senhor (a) em relação a sua capacidade de adquirir novas habilidades manuais? (através de pintura, tricô, música, poemas, artesanato)

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

7.2. ANEXO 2

DOMINIO ATIVIDADE FÍSICA

Sessão A- ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

As próximas questões são em relação a toda atividade física que o (a) Sr.(a) faz em uma semana usual ou normal como parte de seu trabalho remunerado ou não (não incluir transporte), apenas as atividades realizadas no trabalho por pelo menos dez minutos contínuos.

30- Quantos **dias da semana** o (a) Sr. (a) gasta fazendo atividades de grande esforço físico pelo menos dez minutos contínuos, como trabalho de construção, carregar grandes pesos, trabalhar com enxada, escavar ou subir escadas como parte do seu trabalho:

_____ dias por semana () nenhum

Caso responda nenhum vá para a questão 32.

31 – Quanto **tempo** no total o (a) Sr. (a) normalmente gasta **por dia** fazendo este tipo de atividade de grande esforço como parte de seu trabalho?

_____ horas _____ minutos

32 – Em quantos dias da semana o (a) Sr. (a) faz atividades físicas moderadas, por pelo menos dez minutos contínuos, como carregar pesos leves como parte do seu trabalho?

_____ dia por semana () nenhum

Caso responda nenhum vá para a questão 34.

33 – Quanto tempo no total normalmente gasta **por dia** fazendo atividades físicas moderadas como parte de seu trabalho?

_____ horas _____ minutos

34 – Em quantos **dias da semana** o (a) Sr (a) anda, durante pelo menos dez minutos contínuos, como parte do seu trabalho? (não incluir andar como forma de transporte para ir ao trabalho).

_____ dias por semana () nenhum

Caso responda nenhum vá para a sessão B.

35– Quanto tempo no total o (a) Sr (a). normalmente gasta **por dia** caminhando como parte do seu trabalho?

_____ horas _____ minutos

SESSÃO B – ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

36 – Quantos **dias da semana** o (a) Sr (a). anda de carro e ônibus?

_____ dias por semana () nenhum

Caso responda nenhum vá para a questão 38.

37 – Quanto tempo no total o (a) Sr (a) gasta **por dia** andando de carro e ônibus?

_____ horas _____ minutos

As perguntas serão somente em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro.

38 – Quantos **dias da semana** o (a) Sr (a) anda de bicicleta por pelo menos dez minutos contínuos para ir de um lugar a outro? (não incluir pedalar como exercício ou forma de lazer).

_____ dias por semana () nenhum

Caso responda nenhum vá para a questão 40.

39– Nos dias que o Sr (a) sai de bicicleta quanto tempo no total o Sr (a). pedala **por dia** para ir de um lugar para outro?

_____ horas _____ minutos.

40 – Em quantos **dias da semana** o Sr (a) caminha por pelo menos dez minutos contínuos para ir de um lugar para outro? (não incluir caminhada como forma de exercício ou lazer).

_____ dias por semana () nenhum

Caso responda nenhum vá para a sessão C.

41 – Quando você caminha para ir de um lugar para outro **quanto tempo por dia** você gasta? (não incluir caminhada como lazer ou exercício)

_____ horas _____ minutos

SESSÃO C – ATIVIDADE FÍSICA EM CASA: TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DA FAMÍLIA

42- Quantos **dias da semana** o (a) Sr (a). faz atividades físicas de grande esforço no jardim (horta) ou quintal por pelo menos dez minutos como capinar, lavar o quintal, esfregar o chão, lavar roupa.

_____ dias por semana () nenhum

Caso responda nenhum vá para a questão 44

43 – Nos dias que o (a) Sr (a) faz este tipo de atividades de grande esforço físico no quintal, jardim, quanto **tempo** no total o Sr (a) **gasta por dia?**

_____ horas _____ minutos

44 – Quantos **dias da semana** o (a) Sr (a). faz atividades físicas moderadas por pelo menos dez minutos contínuos como carregar pesos leves, limpar vidros, rastelar, varrer (**fora de casa**).

_____ dias por semana () nenhum

Caso responda nenhum vá para a questão 46

45 – Nos dias que o Sr (a) faz este tipo de atividade, quanto tempo no total o Sr (a) **gasta por dia** fazendo essas atividades físicas moderadas no jardim ou no quintal?

_____ horas _____ minutos

46 – Quantos **dias da semana** o (a) Sr (a) faz atividades físicas moderadas por pelo menos dez minutos contínuos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer e limpar o chão, lavar louça, espanar **dentro da sua casa?**

_____ dias por semana () nenhum

Caso responda nenhum vá para a sessão D.

47 – Nos dias que o Sr (a). faz este tipo de atividades de pequeno esforço físico **dentro da sua casa**, quanto tempo no total o Sr (a) **gasta por dia?**

_____ horas _____ minutos

SESSÃO D – ATIVIDADES FÍSICAS COM HIGIÊNE PESSOAL

48 – Quantos **dias da semana** o (a) Sr (a) consegue banhar-se e vestir-se sem ajuda, permanecendo na posição em pé por pelo menos dez minutos contínuos (moderado)

_____ dias da semana () nenhum

Caso responda nenhum vá para a sessão E.

49 – Nos dias que o (a) Sr (a) permanece na posição em pé para banhar-se e vestir-se, quanto tempo no total o (a) Sr (a) gasta **por dia** (moderado)

_____ horas _____ minutos.

SESSÃO E– ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER.

Esta parte se refere as atividades físicas que o Sr (a) faz em uma semana normal unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer.

Pense somente nas atividades físicas que o Sr (a) faz por pelo menos dez minutos contínuos (por favor não inclua atividades que o (a) Sr (a) já tenha citado).

50 – Sem contar qualquer caminhada que o(a) Sr (a) tenha citado anteriormente, quantos **dias da semana** o (a) Sr (a) caminha por pelo menos dez minutos contínuos no seu tempo livre.

_____ dias por semana () nenhum

Caso responda nenhum vá para a questão 52

51 – Nos dias em que o (a) Sr. (a) caminha no seu tempo livre, quanto tempo no total o (a) Sr (a) **gasta por dia?**

_____ horas _____ minutos

52 – Quantos **dias da semana** o (a) Sr (a) faz atividades de grande esforço físico no seu tempo livre por pelo menos dez minutos como exercícios aeróbios, nadar rápido, pedalar rápido, correr.

_____ dias na semana () nenhum

Caso responda nenhum vá para a questão 54

53 - Nos dias em que o Sr.(a) faz estas atividades de grande esforço físico no seu tempo livre quanto tempo no total o Sr.(a) gasta **por dia**.

_____ horas _____ minutos

54 - Quantos **dias da semana** o (a) Sr (a) faz atividades físicas moderadas no seu tempo livre por pelo menos dez minutos como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis.

_____ dias na semana () nenhum

Caso responda nenhum vá para a sessão F

55 – Nos dias em que o (a) Sr (a) faz estas atividades físicas moderadas no seu tempo livre quanto tempo no total o Sr (a) gasta **por dia**

_____ horas _____ minutos

SESSÃO F – TEMPO GASTO SENTADO

Estas últimas questões são sobre o tempo que o Sr (a) permanece sentado todo dia no trabalho, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado enquanto descansa, visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo televisão. Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus e carro.

56 – Quanto tempo no total o (a) Sr (a) gasta sentado durante **um dia de semana**?

_____ horas _____ minutos

57 – Quanto tempo no total o (a) Sr (a) gasta sentado durante **um dia de final de semana**?

_____ horas _____ minutos

SESSÃO G- ATIVIDADES SUPERVISIONADAS

Estas questões se referem apenas nas atividades que o Sr (a) tenha praticado ou está praticando atualmente com supervisão de um profissional habilitado ou seguindo um exercício físico sistematizado sem a presença de um profissional.

58 – Já praticou ou pratica algum tipo de exercício supervisionado.

- (a) sim, pratico atualmente
- (b) não, mas já pratiquei - **vá para a questão 64**
- (c) não, nunca pratiquei – **vá para a questão 64**
- (d) as vezes.

59 – Qual o nível de conhecimento que o (a) Sr (a) possui em relação a atividade física e a saúde?

- () excelente.
- () médio.
- () regular

Onde adquiriu esse conhecimento? _____

60 – Tem alguma indicação médica para praticar algum tipo de atividade física?

- () **sim** () **não**

Se a resposta for não, vá para a questão 67

61 – Atualmente está praticando a atividade física indicada?

- () sim () não

Se a resposta for não, vá para a questão 67.

62 – O (a) Sr (a) está feliz (satisfeito com a atividade física indicada)?

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

63 – A atividade física indicada pelo médico é a mesma atividade que o Sr (a) gostaria de praticar?

- () sim () não

64 – Qual o tipo de atividade física que mais lhe agrada:

- () ginástica localizada
 - () musculação
 - () hidroginástica
 - () ginástica aeróbia – andar de bicicleta / caminhar / esteira
 - () natação
 - () esportes – vôlei, tênis, basquete
 - () dançar
 - () alongamento
 - () nenhuma
-

