



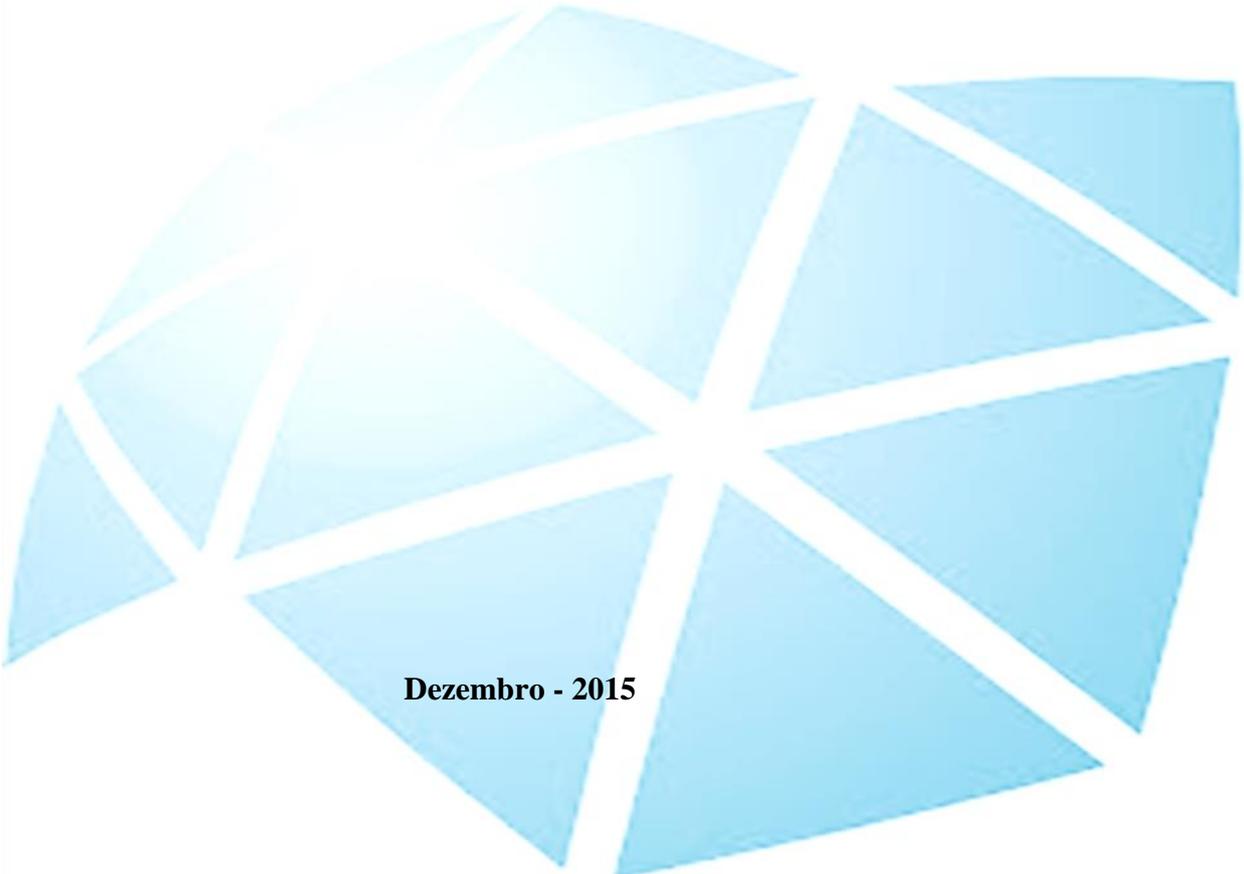
**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
INSTITUTO DE BIOCÊNCIAS- RIO CLARO**



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA MOTRICIDADE

**NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA EM APOSENTADOS
RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE RIO CLARO - SP**

POLLYANNA NATALIA MICALI



Dezembro - 2015

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
INSTITUTO DE BIOCÊNCIAS- RIO CLARO**

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA MOTRICIDADE

**NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA EM APOSENTADOS
RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE RIO CLARO - SP**

POLLYANNA NATALIA MICALI

Dissertação apresentada ao Instituto de Biociências-Universidade Estadual Paulista, como requisito obrigatório para obtenção do título de Mestre em Ciências da Motricidade.

Orientador: Prof. Dr. José Luiz Riani Costa

Dezembro -2015

Dedico este trabalho aos meus amados pais, que são meu ponto de equilíbrio e fortaleza, sempre me incentivando na realização dos meus anseios.

AGRADECIMENTOS

“Sonho que se sonha só, é só um sonho que se sonha só, mas sonho que se sonha junto é realidade” (Raul Seixas).

Este é um momento muito esperado na minha vida, é o reconhecimento de todos os esforços, escolhas e renúncias que fiz ao longo desses trinta anos em busca de um sonho. Assim, muitos agradecimentos devem ser feitos a todos aqueles que caminharam ao meu lado.

Primeiramente agradeço a Deus, por iluminar o meu caminho nesta estrada, sempre me protegendo, me dando sabedoria, fé e confiança em sua plenitude para seguir em frente, dentre as suas escolhas é que foram feitas as minhas.

Aos meus amados pais, Tania Micali e José Roberto Micali, cuja união me possibilitou ser digna e perseverante em busca dos meus sonhos. A confiança que sempre me dedicaram, permitiu enfrentar todos os obstáculos sem medo de fracassar. Aos meus irmãos e familiares que me apoiaram sempre positivamente.

Ao meu Orientador Prof. Dr. José Luiz Riani Costa, pela oportunidade e confiança para desenvolver este trabalho. Agradeço ainda, pela paciência e pelo diálogo, onde suas experiências foram passadas como forma de conhecimento para o meu crescimento acadêmico e pessoal.

Aos meus amigos do LAFE, pelo carinho e amizade, onde pude compartilhar muitas experiências profissionais e bons momentos com grande aprendizado na convivência diária. Aos colegas do NAFES pela parceria na realização deste projeto. Em especial ao Prof. Dr. Eduardo Kokubun, coordenador do grupo que possibilitou esta parceria. À Laís Vicino, por me ajudar com as análises estatísticas, pela competência e dedicação nesta etapa do trabalho.

Aos meus amigos fora da universidade, pelas conversas intermináveis e risadas que me deixavam mais “leve” para voltar ao trabalho, e muitas vezes foram o meu ponto de apoio quando precisei. Em especial à Driellen, Maira, Natalia e William, com quem pude compartilhar momentos preciosos.

A todos os participantes desta pesquisa, que confiaram seus dados e informações pessoais, acreditando que ajudariam no desenvolvimento deste trabalho e na evolução da ciência.

E finalmente à CAPES, que permitiu a dedicação integral em todo o processo do mestrado.

“Jamais considere seus estudos como uma obrigação, mas como uma oportunidade invejável para aprender e conhecer a influência libertadora da beleza do reino do espírito, para seu próprio prazer pessoal e para proveito da comunidade à qual seu futuro trabalho irá pertencer” (ALBERT EINSTEIN).

RESUMO

Introdução: Alguns estudos apontam que o afastamento do trabalho e o processo de aposentadoria representam perdas importantes na vida social das pessoas, embora possa significar a oportunidade de projetar a vida novamente. Existem especulações sobre o impacto da aposentadoria no nível de atividade física (NAF) e qualidade de vida (QV), porém ainda existem lacunas na literatura a serem preenchidas. **Objetivo:** Analisar a influência da aposentadoria no NAF e as possíveis relações com a QV de aposentados residentes no município de Rio Claro–SP. **Métodos:** A pesquisa foi constituída por dois momentos. No primeiro momento, foi analisado o banco de dados referente ao levantamento realizado em 2008 (n=1.588) participantes. Em um segundo momento, tentou-se encontrar todos os participantes do levantamento realizado em 2008 a fim de convidá-los a participar da nova etapa da pesquisa, sendo que, dentre os que foram encontrados e aceitaram o convite, 706 participaram do novo levantamento. Os efeitos da aposentadoria foram analisados por meio dos seguintes instrumentos validados: Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), Item short-form health survey 36 (SF-36), Questionário de Barreiras à Prática de Atividades Físicas (QBPAFI), Questionário de Critério de Classificação Econômica do Brasil (ABEP). Também foi utilizado um questionário estruturado sobre aposentadoria/doenças (QAPD). Os dados foram analisados por meio de análise descritiva (média, porcentagem), posteriormente por análises de comparação (Kruskall Wallis; Qui-quadrado) e associação (Correlação de Spearman; Análise de Cluster). O programa estatístico utilizado para as análises foi o SAS com significância de $p < 0,05$. **Resultados:** Os participantes que se aposentaram antes de 2008 apresentaram menor NAF quando comparados com não aposentados. Os resultados também revelaram menor QV de aposentados no domínio “capacidade funcional” e “aspectos sociais”. Em relação às análises pareadas, houve uma queda significativa do NAF de aposentados entre os anos de 2008 e 2014 (1209,26 – 379,193 minutos/semana). Da mesma forma, para QV no domínio “capacidade funcional” (85,69 - 65,422 pontos). De acordo com os resultados, conclui-se que aposentados apresentaram condições piores quando comparados a não aposentados e quando os participantes foram pareados, também houve queda significativa nessas variáveis, revelando que existe influência da aposentadoria no NAF e QV, bem como do tempo de aposentadoria. **Considerações Finais:** Dessa forma, programas de preparação para aposentadoria e atividades posteriores devem ser incentivados e implantados em empresas e instituições, com apoio das políticas públicas de saúde, a fim de minimizar estes efeitos.

Palavras Chave: Aposentadoria, nível de atividade física, qualidade de vida.

ABSTRACT

Introducion: Some studies indicate that work leave and the retirement process represent significant losses in the people's social life, though, it may mean the opportunity to project their life again. There are some speculations about the impact of the retirement on the level of physical activity (LPA) and quality of life (QL), however, there are many gaps to be covered in the literature. **Objective:** Analyze the influence of the retirement on the LPA and the possible relations with QL of retired people who live in Rio Claro-SP. **Methods:** The research was made in two moments. In the first moment, it was analyzed a survey database conducted in 2008 (n=1588) participants. In the second phase, it was attempted to find all participants from 2008 in order to invite them to contribute with the new stage of the survey. Among the invitations accepted, 706 took part of the research. The retirement effects were analyzed through a questionnaire validated for such a purpose, being: The International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), Item short-form health survey 36 (SF-36), Questionnaire of Barriers to Physical Activity Practice (QBPAFI), Criteria Questionnaire of Brazilian Economic Classification (ABEP) and Questionnaire about retirement/disease (QAPD). The data was analyzed by descriptive analyses (average, percentage), afterwards, it was made by comparison analysis (Kruskall Wallis; chi-square) and association (Spearman Correlation; Cluster's Analysis). The statistical program used for analyses was the SAS - with significance of $p < 0.05$. **Results:** Participants who retired before 2008 showed lower LPA when compared with non retired people. The results also revealed lower QL for retired people in category "functional capacity" and "social aspects". Regarding the paired analysis, there was a significant drop in LPA for people that retired between 2008 and 2014 (1209,26 – 379,193 minutes/week). The same for QL on category "functional capacity" (85,69 - 65,422 points). According to the results, it was conclude that retired people showed worse conditions when compared to non-retired people and paired participants. Also there was a significant drop in these variables, showing that there is an influence of retirement on LPA and QL, also on retirement period. **Final Considerations:** This way, retirement preparation programs and physical activities for retired people should be encourage and implemented in companies and institutes, with public health support in order to minimize theses effects.

Keywords: Retirement, level of physical activity, quality of life.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Apresenta os motivos e as perdas amostrais.....	41
Tabela 2- Apresenta a média de idade dos grupos.....	46
Tabela 3- Descrição da amostra de AP (n=205) segundo aspectos sociodemográficos. Rio Claro, SP, Brasil, 2015.....	47
Tabela 4- Descrição da amostra de NA (n=501) segundo aspectos sócio demográficos. Rio Claro, SP, Brasil, 2015.....	48
Tabela 5- Qualidade de Vida do grupo aposentados por meio do questionário de qualidade de vida – SF-36, comparados com as diferentes classificações socioeconômicas por meio do questionário da associação brasileira de empresas de pesquisa-ABEP. Rio Claro, SP, Brasil, 2015.....	61
Tabela 6- Qualidade de Vida do grupo NA por meio do Questionário de Qualidade de Vida – SF-36, comparados com as diferentes classificações socioeconômicas por meio do Questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa-ABEP. Rio Claro, SP, Brasil, 2015.....	62
Tabela 7- Comparação, entre os grupos (AP e NA), das frequências percentuais de cada uma das barreiras relatadas pelos participantes (n= 706) do município de Rio Claro – SP, 2015.....	63
Tabela 8- Comparação, entre os grupos de mulheres (AP e NA), das frequências percentuais de cada uma das barreiras relatadas pelas participantes (n=436) do município de Rio Claro – SP, 2015.....	64
Tabela 9- Comparação, entre os grupos de homens (AP e NA), das frequências percentuais de cada uma das barreiras relatadas pelos participantes (n=270) do município de Rio Claro – SP, 2015.....	65
Tabela 10- Comparação, entre classificações socioeconômicas, das frequências percentuais de cada uma das barreiras relatadas por AP (n=205) do município de Rio Claro – SP, 2015.....	65

Tabela 11- Comparação, entre classificações socioeconômicas, das frequências percentuais de cada uma das barreiras relatadas por NA (n=501) do município de Rio Claro – SP, 2015.....	66
Tabela 12- Correlação, entre Qualidade de Vida (SF-36) e Nível de Atividade Física (IPAQ), no grupo de AP (n=205) do município de Rio Claro – SP, 2015.....	68
Tabela 13 - Correlação, entre Qualidade de Vida (SF-36) e Nível de Atividade Física (IPAQ), no grupo de NA (n=501) do município de Rio Claro – SP, 2015.....	68
Tabela 14 - Correlação, entre Qualidade de Vida (SF-36) e Nível de Atividade Física (IPAQ), em mulheres aposentadas (n=98) do município de Rio Claro – SP, 2015.....	69
Tabela 15- Correlação, entre Qualidade de Vida (SF-36) e Nível de Atividade Física (IPAQ), em mulheres não aposentadas (n=339) do município de Rio Claro – SP, 2015.....	69
Tabela 16- Correlação, entre Qualidade de Vida (SF-36) e Nível de Atividade Física (IPAQ), em homens aposentados (n=109) do município de Rio Claro – SP, 2015.....	70
Tabela 17- Correlação, entre Qualidade de Vida (SF-36) e Nível de Atividade Física (IPAQ), em homens não aposentados (n=163) do município de Rio Claro – SP, 2015.....	70
Tabela 18- Comparação entre médias do Nível de Atividade Física – IPAQ em AP, entre os anos de 2008 e 2014 no município de Rio Claro – SP, 2015.....	72
Tabela 19- Comparação entre médias de Qualidade de vida - SF-36 em AP, entre os anos de 2008 e 2014 no município de Rio Claro – SP, 2015.....	73

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1-** Mapa da cidade de Rio Claro- SP, Brasil. Divisão por setores censitários. Identificados somente os setores ímpares, selecionados por meio de sorteio e acrescidos dos setores 50, 100 e 150.....35
- Figura 2-** Equação para calcular o tamanho da amostra.....36
- Figura 3-** Nível Geral de Atividade física de AP2008 (n=205), AP2008-2014 (n=82) e NA (n=478). Comparados em sexo, por meio do Questionário Internacional de atividade física –IPAQ. Rio Claro, SP, Brasil, 2015.....49
- Figura 4-** Nível de Atividade Física de mulheres aposentadas e não aposentadas em cada domínio do Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ. Rio Claro, SP, Brasil, 2015.....51
- Figura 5-** Nível de Atividade Física de homens aposentados e não aposentados em cada domínio do Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ. Rio Claro, SP, Brasil.....51
- Figura 6-** Nível de Atividade Física total entre homens e mulheres por meio do Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ, nos diferentes grupos. Rio Claro, SP, Brasil, 2015.....53
- Figura 7-** Nível de Atividade Física do grupo de AP em cada domínio do Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ, comparados com as diferentes classificações socioeconômicas por meio do Questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP. Rio Claro, SP, Brasil, 2015.....54
- Figura 8-** Nível de Atividade Física em todos os grupos por meio do Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ, comparados com as diferentes classificações socioeconômicas, por meio do Questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP. Rio Claro, SP, Brasil, 2015.....55
- Figura 9-** Qualidade de Vida de AP2008 (n=123), AP2008-2014 (n=82) e NA (n=478). Comparados entre os grupos em cada domínio do Questionário de Qualidade de Vida- SF-36. Rio Claro, SP, Brasil, 2015.....57

Figura 10- Qualidade de Vida de mulheres AP2008, AP2008-2014 e NA em cada domínio do Questionário de Qualidade de Vida-SF-36. Rio Claro, SP, Brasil, 2015.....	60
Figura 11- Qualidade de Vida de homens AP2008, AP2008-2014 e NA em cada domínio do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36. Rio Claro, SP, Brasil, 2015.....	60
Figura 12- Comparação de médias do nível socioeconômico de AP, entre os anos de 2008 e 2014 no município de Rio Claro – SP, 2015.....	73
Figura 13- Análise de Cluster das variáveis de Nível de atividade física, Qualidade de vida e Barreiras à prática de atividade física, nos diferentes grupos.....	74

LISTA DE FLUXOGRAMA

Fluxograma 1- Panorama geral das entrevistas.....	47
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABEP** = Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
- AF**= Atividade Física
- AP**= Aposentado(a)s
- AP2008**= Aposentado(a)s antes de 2008
- AP2008-2014**= Aposentado(a)s entre 2008 e 2014
- CRAS**= Centros de Referência de Assistência Social
- IAPS**= Institutos de Aposentadoria e Pensões
- IBGE** = Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- INPS**= Instituto Nacional de Previdência Social
- INSS**= Instituto Nacional de Seguridade Social
- IPAQ**= Questionário Internacional de Atividade Física
- LAFE**= Laboratório de Atividade Física e Envelhecimento (UNESP)
- NA** = Não aposentados
- NAF**= Nível de Atividade Física
- NAFES**= Núcleo de Atividade Física, Esporte e Saúde
- OMS**= Organização Mundial da Saúde
- ONU**= Organização das Nações Unidas
- OPAS**= Organização Pan-Americana da Saúde
- QAPD**= Questionário sobre Aposentadoria/Doenças
- QV**= Qualidade de Vida
- QBPAFI**= Questionário de Barreiras à prática de Atividade Física
- SF-36**= Item short-form health survey
- UBS**= Unidade Básica de Saúde
- USF**= Unidade de Saúde da Família.

SUMÁRIO

1 INTERESSE PELO TEMA.....	15
2 INTRODUÇÃO.....	16
3 JUSTIFICATIVA.....	19
4 OBJETIVOS.....	21
4.1 Objetivo Geral.....	21
4.2 Objetivos Específicos.....	21
4.3 Hipóteses.....	21
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	22
5.1 Aspectos Demográficos e Epidemiológicos do Idoso no Brasil.....	22
5.2 Trabalho e Aposentadoria.....	23
5.2.1 A aposentadoria e o processo de envelhecimento.....	27
5.3 Qualidade de Vida.....	28
5.4 Nível de Atividade Física.....	31
6 MATERIAIS E MÉTODOS.....	35
6.1 Pesquisa Realizada em 2008 (linha de base).....	35
6.1.1 Delineamento do estudo (linha de base).....	35
6.1.2 Cálculo da amostra.....	37
6.2 Segundo Momento da Pesquisa (pesquisa realizada em 2014).....	38
6.2.1 Agendamento das entrevistas.....	38
6.2.2 Participantes.....	40
6.2.3 Critérios de inclusão.....	39
6.2.4 Critérios de exclusão.....	40
6.2.5 Aspectos Éticos.....	40
6.3 Instrumentos de coletas de dados: questionários.....	40
6.4 Processo de coleta de dados.....	43

6.4.1 Entrevistadores	44
6.5 Tratamento de dados.....	44
6.5.1 Variáveis Independentes.....	44
6.6 Análises Estatísticas	45
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
8 FORÇAS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO	78
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS	80
APÊNDICE	94
ANEXOS.....	95

1 INTERESSE PELO TEMA

Meu interesse pelo tema “idosos e atividade física” teve início quando terminei a graduação de Educação Física, em 2008, e comecei a trabalhar em uma academia na cidade de Pirassununga -SP, onde residia. Nas modalidades de aulas que ministrei, alongamento/relaxamento, tinha a maior frequência do público idoso. Neste mesmo estabelecimento também desenvolvi um trabalho de treinamento com pesos, no qual alunos acima de 60 anos eram frequentadores assíduos das atividades oferecidas dentro da academia. Assim, tive a oportunidade de me aproximar mais desta população e buscar mais conhecimentos sobre programas de atividades físicas voltadas para esta faixa etária. Foi a partir do conhecimento teórico colocado em prática que pude observar os primeiros resultados positivos provenientes da prática de atividade física.

Com estes alunos pude aprender e ouvir muitas experiências de vida, os quais revelavam as dificuldades físicas e problemas emocionais que foram surgindo no processo de envelhecimento e na transição da aposentadoria. Diante disso e do meu interesse em ingressar ao mestrado, procurei programas de pós-graduação onde pudesse desenvolver um trabalho voltado para esta população. Assim, conheci o Laboratório de Atividade Física e Envelhecimento (LAFE) da UNESP- Câmpus Rio Claro.

Depois de conhecer o LAFE e o trabalho desenvolvido, passei a residir na cidade de Rio Claro, onde participava do projeto de extensão para idosos com doença de Alzheimer e frequentava algumas disciplinas do programa de pós-graduação como aluna especial. Através desta oportunidade consegui ingressar no mestrado e posteriormente iniciei a busca por temas para o projeto de pesquisa que pudessem ser relevantes e contribuir para a ciência bem como para a comunidade. Dessa forma, juntamente com o meu orientador Dr. José Luiz Riani Costa, concluímos que o tema sobre aposentadoria seria relevante para a área da saúde e para a Linha de Pesquisa/Área de Concentração (Atividade Física e Saúde) do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Motricidade. A temática faz parte do Projeto de Extensão Universitária intitulado Programa de Preparação para a Aposentadoria (PPA-Unesp/Rio Claro). Logo, comecei as buscas na literatura sobre esta temática e verifiquei a relevância e as lacunas que poderiam ser preenchidas em um tema ainda pouco explorado em trabalhos realizados no Brasil.

2 INTRODUÇÃO

Envelhecer é um processo natural, que marca uma etapa da vida caracterizada por mudanças físicas, psicológicas e sociais, que afetam de forma particular cada indivíduo. É uma fase em que, ponderando sobre a própria existência, o indivíduo pode concluir que alcançou muitos objetivos, mas também sofreu muitas perdas, das quais a saúde destaca-se como um dos aspectos mais afetados (MENDES, 2000).

Entretanto com o passar dos anos, o processo do envelhecimento deixou de ser totalmente associado à dependência, doenças e declínios de qualquer ordem. Hoje um grande número de idosos que ainda trabalha, mesmo tendo idade para aposentadoria, pois apresentam boa saúde física e cognitiva. É o envelhecimento bem-sucedido que apresenta elevado funcionamento físico e cognitivo (FONSECA, 2008).

Geralmente, quando se chega à velhice também se chega à aposentadoria, que pode ser definida como uma instituição social que assegura uma renda permanente até a morte, correspondendo à crescente necessidade de segurança individual que marca a sociedade.

No Brasil, início da década de 1920, processo semelhante ocorrido em outros países, a classe operária comandou uma luta pela proteção dos trabalhadores mais idosos. Naquela época, as pessoas tinham uma menor expectativa de vida e permaneciam menos tempo aposentadas, assim, a preocupação maior era o apoio financeiro dos mais velhos (FRANÇA, 2012).

A preocupação com o apoio financeiro aos mais velhos ainda continua, além de outras preocupações ligadas às áreas de saúde e segurança dessa população, que ao envelhecer se tornam também mais frágil e vulnerável, dependendo, muitas vezes, das perspectivas e do estilo de vida que dessas pessoas.

Todos estes fatores podem estar associados direta ou indiretamente com a qualidade de vida desta população.

A qualidade de vida (QV) não é algo fácil de ser analisado, não só por causa da complexidade, mas também pela multiplicidade de fatores envolvidos. De acordo a Organização Mundial de Saúde – OMS (1998), a QV é entendida como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. É, assim, um conceito amplo e complexo, que engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do meio ambiente.

Ao mesmo tempo em que a atividade laboral pode ter sido um agravante do estado de saúde e fonte de desprazer, pode também ter gerado satisfação e bem-estar. Desta forma, o

trabalho pode influenciar de forma positiva ou negativa na saúde das pessoas (CHOI, 2003; MOREIRA, 2000; OLIVEIRA, 2001). Isso vai depender entre outros fatores, de como este indivíduo se preparou fisicamente, psicologicamente e economicamente para a aposentadoria.

Os significados conferidos ao trabalho e a aposentadoria são permeados pela lógica produzida pelo sistema capitalista, onde o indivíduo é valorizado enquanto produz, segundo as relações capitalistas de produção. Em muitos casos, a aposentadoria é vista como uma situação em que o indivíduo se sente desvalorizado por não mais ser participante da “população economicamente ativa” e de ser, assim, considerado improdutivo. Nesse contexto, o fato do aposentado ser rotulado como “dependente” da sociedade, pode levar a sociedade a enxergá-lo como sugador de recursos públicos (FRANÇA, 2012)

A aposentadoria pode ter influência na promoção da saúde e na QV dessa população. Estudos reportam que logo depois da aposentadoria, a pessoa sente prazer em descansar, mas, para alguns, a vida vai ficando monótona e sem objetividade. Nesta ausência de papéis é que se pode notar problemas como: angústia, marginalização e, muitas vezes, isolamento social e familiar (LEITE, 1995). No contexto social de muitos países, os aposentados ociosos apresentam poucas perspectivas em relação ao futuro (BARROS, 2000). Assim, quando acontecem mudanças no estilo de vida, outras variáveis também podem ser alteradas, o que vai depender das condições ambientais, sociais e psicológicas, onde esta população está inserida dentre estes fatores merece destaque a atividade física (AF).

A prática de AF é uma alternativa em promover saúde, bem-estar e a socialização para diversas populações. De acordo com Hupin et al. (2015) a AF moderada a vigorosa, segundo as recomendações atuais de 150 min/sem, reduziu a mortalidade em 22% em adultos mais velhos.

Esta prática também está associada com melhor mobilidade, capacidade funcional e QV durante o envelhecimento. É importante enfatizar, no entanto, que tão importante quanto estimular a prática regular de AF, as mudanças para a adoção de um estilo de vida ativo nas atividades de vida diária são parte fundamental de um envelhecer com saúde e qualidade (MATSUDO, 2002).

Estudos recentes reforçam os efeitos positivos da AF em indivíduos de todas as idades e particularmente nos mais velhos. Tem se observado estes benefícios associados, a queda do risco de mortalidade, benefícios em indivíduos com demência, depressão, câncer e doenças coronarianas. No entanto a maioria dos estudos tem centrado e analisado a AF realizada somente no tempo livre, não levando em conta a AF realizadas em outros domínios como, atividades domésticas, de locomoção e no trabalho (MENAI., et al. 2014).

Diante desse contexto, os efeitos da aposentadoria podem ir muito além da perda do papel de trabalhador, relacionando-se intrinsecamente com as características socioeconômicas e culturais da nossa sociedade.

Conforme as informações anteriores e as lacunas que existem na literatura sobre esta temática, cabe ao presente estudo investigar a influência da aposentadoria no nível de atividade física (NAF), QV e as barreiras para iniciar ou manter à prática de AF que são enfrentadas por esta população.

Estes resultados poderão apresentar as condições físicas, psicológicas, econômicas e a percepção de saúde de aposentados. Possivelmente poderá também nortear/incentivar os órgãos públicos e privados com informações relevantes sobre a necessidade de implantar novos programas sociais, para que esta população tenha novas perspectivas de vida com melhor qualidade após a aposentadoria, além de enfatizar a importância da preparação da mesma.

3 JUSTIFICATIVA

O município de Rio Claro está localizado na região sudeste do estado de São Paulo e apresenta 198.413 habitantes de acordo com o IBGE (2014) e conta com cerca de 25 mil idosos, que representam 13,4% de sua população, ficando acima da média nacional (IBGE, 2010).

Segundo o IBGE em 2012, uma pessoa de 60 anos de idade tinha uma sobrevida estimada de 21,6 anos. Em 2013, uma pessoa com a mesma idade teve uma sobrevida ampliada para 21,9 anos, aproximadamente 3 meses a mais. Isto mostra que a sobrevida do brasileiro vem aumentando a cada ano e que novos cálculos e reformas devem ser feitos periodicamente para garantir o benefício da previdência social.

Com a sobrevida aumentada e mais anos vivendo através do benefício previdenciário estes fatores podem influenciar em questões relacionadas ao poder de compra, podendo comprometer o consumo de alguns produtos de necessidades básicas, como o de alimentos e medicamentos, apesar de viver mais, cabe ressaltar a importância e as condições de como as pessoas estão sobrevivendo nesta fase.

A Previdência Social, a principal seguradora do trabalhador, paga, todos os meses, mais de 31 milhões de benefícios e transfere mais de R\$ 27 bilhões, movimentando a economia de milhares de municípios brasileiros. Do total de benefícios, mais de 17,4 milhões são aposentadorias. Destas, 9 milhões são aposentadorias por idade, 3,3 milhões são por invalidez e 5 milhões são por tempo de contribuição (PORTAL BRASIL, 2015). Na cidade de Rio Claro, em 2014, foram concedidos 34.021 benefícios segundo o Ministério da Previdência, englobando aposentadorias e pensões, totalizando um valor em cerca de R\$ 5 milhões.

Kalache (2009) explica que em processos de mudanças demográficas drásticas como as que o Brasil está vivendo, será necessária reinventar a sociedade. Carvalho e Wong (2008) salientam que as projeções demográficas são importantes instrumentos para a implantação de políticas públicas e que, para transformar a sociedade, é preciso repensar políticas existentes, instituições, serviços e práticas para nos prepararmos a curto, médio e longo prazo para esta realidade.

Por conta do aumento da expectativa de vida e conseqüentemente da população idosa, algumas medidas estão sendo repensadas como postergar as idades das aposentadorias, embora exista uma dificuldade no mercado de trabalho em comportar a demanda dessa continuidade de emprego para os mais velhos.

Muitas são as contradições da aposentadoria, principalmente em um país que é repleto de desigualdades sociais. Grande parte da adaptação à aposentadoria irá depender do envolvimento de cada indivíduo com o trabalho, da sua história de vida e de como ele deseja viver seus próximos anos, suas expectativas e suas limitações (FRANÇA, 2002).

A aposentadoria sinaliza uma nova fase na vida do indivíduo que pode ser vista como uma oportunidade de desenvolver novos projetos, realizar sonhos que foram adiados, ou como um período de crise, um tempo ocioso, de perda de referências (GABRIEL, 1984; FRANÇA, 2008; SANTOS, 1990; WITCZAK, 2005; ZANELLI e SILVA, 1996).

Estes benefícios são direitos do trabalhador que contribuiu para receber este retorno no pós-trabalho, porém são gastos significativos aos cofres públicos e que podem ser reduzidos se algumas medidas de promoção à saúde, e preparação para a aposentadoria forem implantadas e aderidas pela população.

Diante disso, fica explícita a complexidade de analisar as mudanças que a aposentadoria pode gerar na vida das pessoas, ao mesmo tempo em que ocorrem os declínios físicos no processo de envelhecimento, podendo maximizar estas mudanças comportamentais que podem ser modificáveis e/ou condicionadas por fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que podem influenciar de maneira direta ou indireta no NAF e QV dessas pessoas.

Assim, fica justificada a importância em analisar a influência que a aposentadoria pode exercer sobre NAF e QV desta população.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

O objetivo do presente estudo é analisar a influência da aposentadoria no nível atividade física e as possíveis relações com a qualidade de vida de aposentados residentes no município de Rio Claro–SP.

4.2 Objetivos Específicos

Analisar todos os participantes que se encontram aposentados na linha de base em 2008, os que se aposentaram entre os anos de 2008 a 2014 e os não aposentados em relação a:

- Os níveis de atividade física em todos os domínios (lazer, trabalho, atividades domésticas e locomoção), comparando-os em relação a sexo e classificação socioeconômica;
- A qualidade de vida, comparando-os em relação a sexo e classificação socioeconômica;
- As principais barreiras percebidas, comparando os grupos por sexo e classificação socioeconômica;
- As associações entre nível de atividade física nos domínios lazer e trabalho com qualidade de vida.

4.3 Hipóteses

A partir dos objetivos acima as seguintes hipóteses serão testadas:

Pessoas que estiverem aposentadas e apresentarem maiores números de barreiras à prática de atividade física apresentam menor chance de atingir NAF de acordo com as recomendações de AF.

O grupo de aposentados que apresentar menor NAF apresenta maior chance de QV inferior quando comparados com grupos onde o NAF é maior.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Aspectos Demográficos e Epidemiológicos do Idoso no Brasil.

A qualidade de vida e o envelhecimento saudável requerem uma compreensão mais ampla e adequada de um conjunto de fatores que compõem o cotidiano do idoso. O país envelhece rapidamente e a expectativa de vida aumenta. Dados do IBGE (2013) apontam que, em 2012, a expectativa de vida no Brasil alcançou 74,8 anos e estima-se que em 2025 seja de 80 anos (FIEDLER e PERES, 2008).

No Brasil o número de pessoas acima de 60 anos ou mais segundo IBGE (2013) continua crescendo: de 12,6% da população, em 2012, passou para 13% em 2013, Totalizando 26,1 milhões de idosos no país. Em 2050 as projeções são de que a população formada por pessoas com 65 anos ou mais represente 22,71% da população total. São estimativas que vêm crescendo a cada ano indicando o envelhecimento da população brasileira que remete a algumas conclusões e preocupações sobre as questões decorrentes do envelhecimento e da aposentadoria.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD- 2013) a região com maior número de idosos é a região Sul, com 14,4% do total, a região Norte com a menor parcela, com 8,8% de idosos.

Por outro lado, o que também contribui para este indicador é a taxa de fecundidade ter passado de 6,2 para 2,0 em menos de cinco décadas e do aumento da expectativa de vida ao nascer.

Em menos de 40 anos, passamos de um cenário de mortalidade de uma população jovem para um quadro de doenças complexas e mais frequentes no processo do envelhecimento, as doenças crônicas não transmissíveis, que geralmente duram muitos anos e exigem cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos.

Estimativas futuras sobre longevidade de gastos com recursos de medicamentos e despesas médicas indicam que em 30 anos os países desenvolvidos terão de gastar, no mínimo, de 9 % a 16% a mais do Produto Interno Bruto- PIB somente para honrar seus compromissos com os benefícios de aposentadoria (VERAS, 2008).

Pesquisas têm demonstrado evidências na efetividade das ações de promoção e prevenção de saúde. As doenças crônicas são responsáveis por mais de 72% das causas de morte no Brasil. Entre as mais comuns estão: hipertensão arterial, diabetes, doença crônica de coluna, colesterolemia e a depressão. Estas doenças atingem cerca de 40% da população, o

equivalente a 57,4 milhões de pessoas (SCHMIDT et al., 2011).

Segundo a PNAD realizada no Brasil, em 2013, 40% das pessoas afirmaram apresentar pelo menos uma doença crônica e revela que essas enfermidades atingem principalmente o sexo feminino (44,5%) – são 34,4 milhões de mulheres e 23 milhões de homens (33,4%) portadores de enfermidades crônicas. (IBGE, 2014).

As doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por mais de 72% das causas de mortes no Brasil. A hipertensão arterial, o diabetes, a doença crônica de coluna, o colesterol (principal fator de risco para as cardiovasculares) e a depressão são as que apresentam maior prevalência no país. A existência dessas doenças está associada a fatores de risco como tabagismo, consumo abusivo de álcool, excesso de peso, níveis elevados de colesterol, baixo consumo de frutas e verduras e sedentarismo (IBGE, 2014).

ABRAPP (2003), sinaliza para o fato de que as empresas cobertas por fundos de pensão podem se deparar com novos problemas, bem como adquirir vícios variados causados pelo ócio improdutivo, como, por exemplo, o de mulheres aposentadas endividando-se em bingos, ou outro tipo de dependência como a do fumo, do alcoolismo ou de drogas lícitas (incluindo medicamentos) ou ilícitas.

Este já é um problema social e econômico preocupante para os cofres públicos, em diversos países. Uma das saídas tem sido a criação de oportunidades a empreendedores que, mesmo em idade de aposentadoria, vejam oportunidades para continuar suas atividades e levar uma vida ativa social, econômica e física (VERAS, 2009).

Uma população predominantemente idosa tem necessidades sociais, econômicas, institucionais e políticas diferentes de uma população com muitos jovens e crianças. Assim se faz necessárias reformas políticas que atendam as demandas sociais atuais

5.2 Trabalho e Aposentadoria

Atualmente, o status laboral e o poder econômico são supervalorizados, o trabalho e a ocupação influenciam na identidade do indivíduo e de seu lugar na sociedade, o que pode acarretar crises de identidade pessoal e ocupacional quando se está no período pós-carreira (HARMAN; HORMANN, 1996; SANTOS, 1990; SOARES, 2007; ZANELLI; SILVA, 1996). A crise de identidade pessoal é acarretada por diversos fatores, à mudança das funções desempenhadas na sociedade, tempo ocioso e menor renda salarial. Devido à redução de renda após a aposentadoria, estes ficam restritos como consumidores na sociedade, prevalecendo entre aqueles que não possuem um plano de aposentadoria complementar. Já a crise de identidade ocupacional está relacionada com a ruptura do vínculo empregatício. O

indivíduo, ao aposentar-se, perde o “sobrenome” organizacional que utilizou durante anos como referencial (BERNHOEFT, 1987). Podendo acarretar uma despersonalização deste indivíduo, deixando-o desorientado e sem perspectiva de vida.

França (2002) diz: “prendemos desde cedo que o trabalho dignifica o homem” e esse ditado popular parece tão verdadeiro que acabamos por construir grande parte da nossa identidade em função dele explica a autora. As pessoas têm uma relação bastante distinta com o trabalho: “para alguns é apenas uma necessidade, para outros é uma fonte de prazer e dignidade” (FRANÇA, 2002). Muitas pessoas passam boa parte da vida estudando e se preparando para ter uma profissão que seja não só sua fonte de renda, mas também algo que lhe traga prazer ou status, assim passam anos se dedicando mais intensamente ao trabalho, como se esta fosse sua única realização na vida de tanto prazer que isto lhe causa. Diante disso, quando acontece à interrupção do trabalho, estes indivíduos podem ter diferentes formas de enfrentar esta situação.

O trabalho e sua influência na formação do indivíduo é uma questão importante a ser discutida quando se fala em aposentadoria. É na vida profissional que, em muitos casos, se concentram desejos, sonhos, papéis sociais e status.

O trabalho permite o ato de existir enquanto cidadão e colabora na constituição de redes de relações que servem de referência, determinando, portanto, o lugar social e familiar. Pode ocorrer também o contrário, e o idoso a ser inserido em um processo de despersonalização (VIEIRA, 1996).

A aposentadoria surgiu no século XIX, na Europa, como forma de assegurar a sobrevivência das primeiras gerações de operários que envelheciam e perdiam a capacidade para o trabalho (SAMPAIO et al., 2003). Estas disposições deram início à construção de um serviço de proteção social para os idosos ex-trabalhadores. No Brasil, em 1923, com a Lei Eloy Chaves foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensões, organizadas por empresas. Posteriormente, surgiu os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS), organizados por categorias profissionais (SAMPAIO et al., 2003). Esses institutos foram unificados, em 1966, no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o qual foi substituído, em 1989, pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Foi a partir do século XX que a maioria da população assalariada no mundo pode ter direito a aposentadoria, com a proteção da Previdência Social (FRANÇA, 1999).

A Previdência oferece cinco tipos de aposentadorias para os seus segurados que são classificadas em:

A aposentadoria por idade, por exemplo, é concedida aos homens com 65 anos de idade e às mulheres com 60 anos, desde que tenham 15 anos ou mais de contribuição. Os trabalhadores rurais do sexo masculino se aposentam por idade aos 60 anos e as mulheres, aos 55. (BRASIL, 1991).

No caso da aposentadoria por tempo de contribuição, são necessários 35 anos de contribuição para o trabalhador do sexo masculino e 30 anos para as mulheres. Algumas categorias, têm um tempo de contribuição diferenciado, como a dos professores que exige 30 anos para os homens e 25 para as mulheres (BRASIL, 1991).

A aposentadoria por invalidez é concedida quando a perícia médica do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) considera a pessoa totalmente incapaz para o trabalho, seja por motivo de doença ou acidente (BRASIL, 1991).

Aposentadoria compulsória é uma imposição legal que obriga o trabalhador público a afastar-se do posto de trabalho que até então ocupava. Fatos que levam à aposentadoria compulsória são: idade (para homens 70 anos e mulheres 65 anos), doença física ou mental incapacitante, determinação judicial, entre outros. (BRASIL, 1991)

Existe ainda a aposentadoria especial, destinada aos trabalhadores expostos a agentes nocivos à saúde, sejam físicos, químicos ou biológicos (BRASIL, 1991).

A aposentadoria consiste em uma interrupção repentina entre o período de tempo organizado pela rotina das atividades profissionais pelo período de tempo livre, que pode resultar em uma desorientação temporal. Esta transição exige uma preparação mental e social que a maioria dessa população não possui. A atividade profissional oportuniza o convívio com outras pessoas e quando interrompida essa atividade muitas vezes perde-se o vínculo com pessoas de seu relacionamento, tanto pessoal quanto ocupacional (EMILIANO, 2005). Sem saber o que fazer com as horas vagas após o momento da aposentadoria, no início o desejo é descansar, mas depois de alguns meses de descanso ele se sente inútil, afastando do convívio social e por sua vez acaba adoecendo.

A Política Nacional do Idoso, instituída pela Lei 8.842/94 (BRASIL, 1994), e regulamentada pelo Decreto 1948/96 (BRASIL, 1996), estabelece direitos sociais, garantia de autonomia, integração e participação dos idosos na sociedade, como instrumento de direito próprio de cidadania. A Lei nº 8.842/94 criou o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, responsável, entre outras competências, pela viabilização, integração do idoso na sociedade, através, inclusive, da sua participação na formulação das políticas públicas, projetos e planos destinados à sua faixa etária (BRASIL, 1994). Essas diretrizes priorizam o atendimento prioritariamente pela própria família; o estímulo à capacitação dos médicos e outros

profissionais nas áreas de Geriatria e Gerontologia; a descentralização político-administrativa e a divulgação de estudos e pesquisas sobre aspectos relacionados à terceira idade e ao envelhecimento.

Apesar da criação de novas leis de amparo à velhice e o Estatuto do Idoso evidenciam uma preocupação com esta crescente faixa etária, pouco tem sido feito para viabilizar o exercício dos direitos assegurados por estas leis.

Em termos globais, foram realizadas assembleias mundiais sobre o envelhecimento da população, promovidas pela Organização das Nações Unidas (ONU) nas cidades de Viena em 1982, e Madri em 2002, onde foram discutidas diversas formas para que os aposentados participem ativamente da vida comunitária, trazendo, benefícios à sociedade como um todo.

De acordo com o Relatório da ONU (2002), intitulado *Report of the Second World Assembly on Ageing- Madrid/2002* foi traçado o “Plano de Ação internacional de Viena para o Envelhecimento”, onde as recomendações para ações governamentais e empresariais sobre o assunto foram:

A) Governamentais:

- Governo, sindicatos de empresários e de trabalhadores devem promover ações para que essas pessoas fiquem o maior tempo empregado.
- As condições de trabalho e a política de seguridade social devem melhorar gradativamente;
- Todo tipo de discriminação encontrado no mercado de trabalho deve ser eliminado, principalmente para a continuidade das atividades profissionais para os aposentados;
- Deve ser garantido aos trabalhadores o direito à participação em iniciativas de capacitação profissional e recolocação no mercado de trabalho.

B) Empresariais:

- As empresas privadas devem elaborar condições próprias para o trabalho nos aspectos estruturais (fornecimento de equipamentos, reorganização de tarefas, ergonomia no ambiente físico, etc.) e nos aspectos psicológicos (satisfação e motivação no trabalho, valorização do ser humano, medicina do trabalho e previdência específicos para empregados idosos, etc.).

Segundo o documento da Organização Internacional do Trabalho-OIT (1992), elaborado por ocasião da “Oficina Internacional do Trabalho – A OIT e as pessoas de idade avançada”, os Estados membros deveriam adotar medidas para facilitar a continuidade do trabalho para as pessoas na situação de pré e pós-aposentadoria. O principal objetivo destas medidas seria assegurar a continuidade dos empregos em condições satisfatórias.

Para alcançar este objetivo, duas recomendações foram elencadas:

a) Condições de trabalho: a organização que contratar idosos para desempenhar algum trabalho deve respeitar suas limitações físicas e psicológicas, de acordo com suas principais necessidades. Deve evitar situações em que seja cobradas a velocidade das tarefas, a busca por resultados, a forma de remuneração e o ambiente ante-ergonômico, para garantir a integridade dos trabalhadores idosos. Sugere-se, ainda, que os trabalhadores possam usar seus conhecimentos e experiência em prol do desenvolvimento das empresas empregadoras e na busca de sua valorização profissional;

b) Preparação para a aposentadoria: devem ser incentivadas no âmbito das empresas públicas e privadas de maneira flexível, ações em que se permita ao empregado prestes a se aposentar fazer gradualmente a transição entre sua vida laboral e sua vida pós-aposentadoria. Incluem-se nestas ações o desenvolvimento de novas atividades junto às comunidades em que vivem.

O idoso precisa participar mais efetivamente deste processo para usufruir tudo aquilo a que tem direito, incluindo muitos aspectos que ajudam a melhorar a saúde e tornar mais satisfatória sua vida.

5.2.1 A aposentadoria e o processo de envelhecimento

Aposentadoria e envelhecimento são dois processos que costumam estar relacionados, pois as pessoas se aposentam, geralmente, ao envelhecerem. É possível que, para muitos, aposentar-se signifique ter envelhecido, pois a chegada da aposentadoria significa muitas vezes o momento em que se percebe que o tempo passou e é necessário encerrar o ciclo de trabalho.

Segundo os gerontologistas, o envelhecimento é caracterizado pela incapacidade de manter o equilíbrio homeostático sob condições de sobrecarga funcional, acarretando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que podem levar à morte (PAPALÉO NETTO, 1996). O organismo humano, desde a sua concepção até a morte, passa por diversas fases: desenvolvimento, puberdade, maturidade ou de estabilização e envelhecimento. Ainda segundo o mesmo autor é fácil reconhecer algumas manifestações do envelhecimento, além de cabelos brancos e rugas, tais como o aumento de ligações cruzadas de colágeno e as reduções das capacidades máximas de trabalho e resistência muscular e aeróbia (PAPALÉO NETTO, 1996).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) o envelhecimento é ‘um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de

deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte'. (BRASIL, 2006).

O processo do envelhecimento e seus aspectos orgânico e funcional devem ser compreendidos em sua totalidade, de acordo com as implicações na vida social. Assim, conforme Brêtas (2003) é preciso considerar que o envelhecimento é um processo complexo, pluridimensional, revestido por perdas e aquisições individuais e coletivas, fenômenos inseparáveis e simultâneos. Por mais que o ato de envelhecer seja individual, o ser humano vive na esfera coletiva e sofre as influências da sociedade.

Segundo Emiliano (2005), o ato de aposentar-se pode mudar o comportamento das pessoas frente às relações sociais, alterando as percepções estruturadas no decorrer da vida, principalmente por estar associado à dificuldade de desvinculação das relações do ambiente de trabalho.

O afastamento do trabalho provocado pela aposentadoria talvez seja, segundo França (1999), a perda mais importante da vida social das pessoas, pois pode resultar em outras perdas futuras, que tendem a afetar a sua estrutura psicológica. As consequências negativas percebidas com a ocorrência da aposentadoria são a diminuição da renda familiar, a ansiedade frente ao vazio deixado pelo trabalho e o aumento na frequência a consultas médicas (FRANÇA, 1999). As pessoas nem sempre encontram papéis que os gratifiquem ao envelhecer e possibilitem o sentimento de pertencimento social (WOLFF, 2009), como havia no período em que trabalhavam.

Por outro lado, existe a oportunidade para uma vida religiosa mais atuante, a tentativa de realizar sonhos, como, viagens com amigos, grupos de convivência, passeios, participação em jogos voltados ao público idoso, campeonatos estaduais e municipais e participação em grupos de terceira idade.

A busca por atividades físicas, ou outras atividades de lazer, no maior tempo livre do aposentado pode trazer uma ocupação e possibilitar uma melhor adaptação para esta nova etapa da vida.

5.3 Qualidade de Vida

A evolução das ciências médicas acabou trazendo como consequência sua desumanização: a busca para acrescentar anos à vida e não, vida aos anos (MORENO, 2006). Assim, o início do estudo da QV estava associado à valorização das variáveis mais amplas e

não somente o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade e o aumento da expectativa de vida (FLECK et al.,1999).

A QV não é algo fácil de ser definida, justamente por ser multifatorial. Sua definição é discutida e tratada de diferentes formas e aspectos pelos autores encontrados na literatura.

QV parece estar associada aos hábitos de vida e padrões de comportamento, tendo relação, por exemplo, com a autonomia, dependência, bem estar físico e psíquico e satisfação pessoal. E mesmo com as dificuldades para se estabelecer uma conceituação que seja aceita por todos e por todas as áreas, é consenso que as medidas do constructo levam em consideração aspectos objetivos e subjetivos (CELICH, 2008). Dentre os aspectos objetivos que ajudam a entender essa temática e suas interferências, estão as condições econômicas, as variáveis clínicas e os indicadores sociais, tais como: condições ambientais e de espaço físico, disponibilidade e acesso aos serviços de saúde, lazer e educação, renda, processos de socialização e, entre outras, condições de trabalho. Já os aspectos subjetivos correspondem às preferências, crenças, conceitos e como o sujeito entende o que é qualidade de vida (NERI, 2007).

No envelhecimento, a QV está associada à autonomia e à independência do indivíduo (PAVAN, 2008). São muitos os fatores que servem de indicadores de QV no processo de envelhecimento, como dito anteriormente: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, nível de interação social, renda, manutenção de papéis familiares, ocupacionais, sociais e relações informais. Sendo assim, fica explícito que a QV pode ser afetada pelo estado de saúde (não só físico e orgânico, mas também social e mental), pelas condições econômicas em que vive o idoso e pelos fatores do meio (espiritualidade/religiosidade, relações sociais e pessoais,) onde a pessoa vive e/ou interage (CELICH, 2008).

Pode-se perceber que diferentes ênfases são dadas pelos autores que trataram desta temática, como, estilo de vida, condições de vida e situações de vida, da mesma forma que são encontrados vários meios de se mensurar e codificar esta variável.

Para medir diretamente a saúde dos indivíduos, têm-se desenvolvido e testado instrumentos estruturados e simplificados, capazes de reconhecer os estados de “completo bem estar físico, mental e social” dos sujeitos (BROUSSE e BOISAUBERT, 2007). A QV é uma importante medida de impacto em saúde (COONS, 2000)

O interesse pela mensuração da QV é relativamente recente, tanto nas práticas assistenciais quanto nas políticas públicas, nos campos de prevenção de doenças e promoção da saúde (SEIDL E ZANNON, 2004).

Os instrumentos genéricos são utilizados na avaliação da QV da população em geral. Em relação ao campo de aplicação, usam-se questionários de base populacional sem especificar enfermidades, sendo mais apropriadas a estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde. Os mais freqüentemente utilizados no mundo são: Sickness Impact Profile (SIP), Nottingham Health Profile (NHP), McMaster Health Index Questionnaire (MHIQ), Rand Health Insurance Study (Rand HIS), The Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36), Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100), entre outros (PATRICK,1989; COONS, 2000).

Os instrumentos específicos são capazes de avaliar, de forma individual e específica, determinados aspectos da QV, proporcionando maior capacidade de detecção de melhora ou piora do aspecto em estudo. Sua principal característica é a sensibilidade de medir as alterações, em decorrência da história natural ou após determinada intervenção. Podem ser específicos para uma determinada população, enfermidade, ou para uma determinada situação (KATZ et al., 1992; GUYATT et al., 1997).

A QV é um fator diretamente ligado a esse contexto, sendo um dos responsáveis pelo aumento ou pelo decréscimo na longevidade da população. A preocupação em manter hábitos que garantam uma velhice saudável marca uma nova etapa de conscientização. As AF são importantes para que se atinja o padrão desejado em certos aspectos da QV e autonomia funcional nesses indivíduos (MATSUDO, 2001).

Para proporcionar uma melhor QV para o idoso em aspectos cognitivos, motores e afetivos, AF é considerada uma alternativa importante, juntamente com um estilo de vida ativo proporcionando um bem estar físico e psíquico, obtendo melhoras na capacidade funcional e na mobilidade do idoso (GARUFFI et al; 2011).

De acordo com o estudo realizado por Sebastião (2009) o qual avaliou AF, QV e medicamentos em idosos com diferentes idades e gêneros no município de Rio Claro, o mesmo revelou que homens percebem melhor QV e fazem menor uso de medicamentos comparados com as mulheres, o NAF é baixo e tende a diminuir ainda mais em faixas etárias mais avançadas e é mais elevado em homens que em mulheres na primeira década da velhice.

O estudo de Pimenta (2008) avaliou a qualidade de vida em aposentados e apontou a escassez de estudos com esta temática no Brasil. Nesse estudo verificou-se que programas na promoção da saúde contribuem de forma positiva nesta nova fase da vida, esta população vem crescendo rapidamente, logo, alternativas para que esta população envelheça com qualidade devem ser planejadas.

5.4 Nível de Atividade Física

O envelhecimento da população desencadeia uma reflexão para os formuladores de políticas públicas. A OMS, em 1998, adotou o termo “envelhecimento ativo” para expressar o processo de conquista dessa visão. Este termo deixa evidente que os problemas causados pelo envelhecimento são de diferentes aspectos, além daqueles que estão relacionadas à saúde (KALACHE; KICKBUSCH,1997). A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto realização estabelecidos pela ONU.

Estudos têm indicado que a aposentadoria é um processo de transição que interfere no aumento do engajamento em atividades físicas regulares (BARNETT; VAN SLUIJS; OGILVIE, 2012) e que a motivação para esta prática se baseia na crença do aposentado em realizar a ação devido ao maior tempo livre, uma vez que a falta de tempo e de planejamento não são vistos como barreiras pelos aposentados (CAUDROIT; STEPHAN; SCANFF, 2011).

Torna-se um dever dos profissionais que trabalham com idosos o apoio ao envelhecimento ativo na aposentadoria, minimizando perdas e agravos à saúde. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005) o envelhecimento ativo é um processo no qual ocorre a “otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. Esta definição refere-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais, permitindo que as pessoas percebam o seu potencial para a busca de oportunidades e para a conquista do bem estar, considerando sua participação na sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades, ao mesmo tempo em que são garantidos segurança e cuidados adequados para seu alcance (OMS, 2005).

A AF é definida como sendo qualquer movimento voluntário corporal, que resulta em gasto energético maiores que os níveis de repouso, tendo componentes e determinantes de ordem biopsicossocial, cultural e comportamental, podendo ser manifestação por meio de jogos, lutas, danças, esportes, exercícios físicos, atividades laborais e locomoção. Já o exercício físico é uma subcategoria da AF, caracterizado por ser planejado, estruturado, repetitivo e utilizado como meio para melhora de alguma aptidão física (CASPERSEN et al. 1985; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2008; WHO, 2008).

A OMS elegeu quatro principais fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (fumo, inatividade física, alimentação inadequada e uso prejudicial de álcool), a inatividade física indicando um aumento de 20% a 30% do risco de mortalidade. Em razão

de grande parte das evidências epidemiológicas sustentar o efeito positivo de um estilo de vida ativo e/ou do envolvimento dos indivíduos em programas de AF na prevenção e minimização dos efeitos deletérios do envelhecimento (AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 1998), os cientistas enfatizam cada vez mais a necessidade de que a AF seja parte fundamental dos programas mundiais de promoção da saúde. Não se pode pensar hoje em dia em “prevenir” ou minimizar os efeitos do envelhecimento sem que, além das medidas gerais de saúde, se inclua AF.

O tempo gasto em comportamentos sedentários está fortemente relacionado ao aumento do risco de doenças crônicas. Há inúmeras evidências de que o número de horas diárias despendido em ver televisão aumenta o risco de obesidade, diabetes tipo II, doenças cardiovasculares e síndrome metabólica (HU et al 2003, DUNSTAN et al 2005, DUNSTAN et al 2010, WIJNDAELE et al 2010, INOUE et al 2012).

Segundo resultados do VIGITEL em 2013, apenas 35% dos homens da cidade de São Paulo com mais de 18 anos relatavam praticar AF no lazer atendendo às recomendações de hábitos saudáveis, enquanto 22% das mulheres relataram esta prática. Estes dados corroboram com estudos que mostram os benefícios e a importância da AF para a promoção da saúde. A prática regular de AF assegura benefícios para todas as populações, pois apresenta impacto positivo na saúde, mesmo em condições especiais e adversas como em casos de patologias crônicas (NÓBREGA et al., 1999; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Em suma a porcentagem de inativos tende a aumentar entre os mais velhos que já enfrentam os declínios biológicos do processo de envelhecimento, tornando-os ainda mais vulneráveis as doenças.

Uma das características marcantes no processo de envelhecimento é o declínio da capacidade funcional, o que inclui os componentes como, flexibilidade, força, agilidade, coordenação motora, equilíbrio e resistência aeróbia, e esses componentes constituem variáveis afetadas diretamente por alterações neurológicas e musculares (GOBBI; VILLAR; ZAGO, 2003).

Sabe-se que tanto as doenças físicas como as mentais podem levar à perda da capacidade funcional e, conseqüentemente, à dependência (PARAHYBA; SIMÕES, 2006; PARAHYBA; VERAS, 2008).

Existem recomendações sobre a quantidade de AF na qual há uma otimização da relação custo benefício (CDC, 2000; EYLER et al., 2003; BLAIR, 2003; SALLES-COSTA et al. 2003; HEALTH PEOPLE 2010, 2008; BYBERG et al. 2009; BAUMAN et al. 2009). O US Surgeon General's, o Centro para Controle de Doenças e Prevenção e o Colégio Americano de Medicina do Esporte recomendam que indivíduos de todas as idades devem

acumular, um mínimo de 30 minutos de AF de intensidade moderada na maioria, se não em todos, os dias da semana (PATE et al. 1995; US GENERAL, 2010).

De acordo com Barnett et al. (2012) estudos têm apresentado que a aposentadoria é um processo de transição que interfere no engajamento em AF regulares indicando maior adesão a atividades físicas por adultos na aposentadoria, melhorando a saúde e bem-estar devido as novas perspectivas e à possibilidade de interação social enfatizada pelas mulheres e às mudanças pessoais enfatizada pelos homens (BARNETT; GUELL; OGILVIE, 2012).

O planejamento estratégico deixa de ter uma visão das necessidades onde pessoas com mais idade passam a serem alvos passivos da sociedade e passam a ter uma abordagem baseada em direitos, o que permite o reconhecimento desses direitos à igualdade de oportunidades e tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem. Essa abordagem apoia a responsabilidade dos idosos exercendo a participação nos processos políticos e em outros aspectos da vida em comunidade.

A população de adultos mais velhos irá gerar em aumento significativo do número entre os segmentos da sociedade fisicamente inativos e esta associação entre envelhecimento e a inatividade física é caracterizada pela perda da capacidade funcional e a prevalência de doenças crônicas (PATERSON, 2010).

Em muitos aspectos, o aumento da expectativa de vida parece ser superior à nossa capacidade de manter a função e independência funcional. Uma grande parte de idosos pode viver próximo aos limites das capacidades físicas, o que pode torná-los dependentes. A diminuição da QV e de saúde tem consequências sociais e econômicas bastante significativas. Em termos de saúde pública, os benefícios que podem ser obtidos com uma população idosa e fisicamente mais ativa podem ser essenciais na manutenção do nosso sistema de saúde, fazendo com que diminuam os gastos aos cofres públicos com recursos de medicamentos e internações (PATERSON, 2010).

Os estudos apontados acima indica a relação entre o NAF e QV enfatizando a importância dessa relação para o estudo proposto, que além dos fatores relacionados ao envelhecimento quando associados à aposentadoria pode sofrer alterações mais drásticas nesta fase.

É importante o idoso ser e estar participativo no meio onde vive. Mesmo quando possuem boas condições financeiras, os idosos devem estar envolvidos em atividades ou ocupações que lhe proporcionem prazer e felicidade (ZIMERMAN, 2000).

O conhecimento acumulado e as novas pesquisas devem estimular o setor de saúde a desenhar e/ou ampliar modelos mais contemporâneos que oferecem maior possibilidade e

custo mais adequado (VERAS et al., 2008).

Esta abordagem da promoção de saúde e prevenção visa também oferecer aos aposentados um aumento de seu tempo de vida com qualidade. A aplicação do aporte epidemiológico destaca a prevenção favorecendo a redução com custos assistenciais em paralelo à melhor qualidade de vida. Esta preocupação estimula o planejamento sistemático de novas estratégias de ações de saúde, reestruturando o setor. A AF pode ajudar pessoas com idades avançadas a ficarem independentes por mais tempo, reduzindo o risco de quedas e de doenças crônicas. Uma vida ativa, além de melhorar a saúde física, frequentemente promove contatos sociais. Portanto, também há importantes benefícios econômicos para sociedade quando os mesmos são fisicamente ativos (OMS, 1998).

Foram encontrados poucos estudos que se referiam à aposentadoria e AF e/ou QV. Nos estudos encontrados, sendo a maioria internacional, foram abordados os seguintes aspectos: mudança na atividade física e peso corporal em relação à aposentadoria (SJÖSTEN et al., 2012); mudanças no nível de atividade física no tempo livre após a aposentadoria (LAHTI et al., 2011); relação entre a participação em exercícios e bem-estar de idosos aposentados (LEE; HUNG, 2011); e determinantes sociais da atividade física em aposentados (CAUDROIT; STEPHAN; SCANFF, 2011).

Sabendo que a AF tem um impacto favorável em vários aspectos da vida humana cabe investigar os efeitos desta prática em aposentados. Diante disso, este projeto procura suprir a carência de investigações a esse respeito, com a metodologia apresentada a seguir.

6 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo integra uma pesquisa mais ampla desenvolvida pelo Núcleo de Atividade Física, Esporte e Saúde (NAFES) e Laboratório de Atividade Física e Envelhecimento (LAFE).

Assim, o estudo caracterizado como coorte foi constituído por dois momentos. No primeiro momento, considerado como linha de base, os dados foram coletados junto ao banco de dados da pesquisa descrita a seguir, realizada em 2008, que contou com 1.588 participantes. No segundo momento, tentou-se encontrar todos os participantes referentes à linha de base, por meio de cadastros domiciliares e identificação pessoal (nome, endereço, telefone) registrados em 2008, a fim de convidá-los a participar de um novo levantamento de dados, realizado entre os anos de 2014 e 2015, totalizando um intervalo de cerca de seis anos da linha base.

6.1 Pesquisa Realizada em 2008 (linha de base)

Na linha de base, foram avaliados 1.588 adultos em um estudo sobre a prevalência de atividade física no município de Rio Claro-SP, intitulado “Prevalência e fatores associados à inatividade física em adultos do município de Rio Claro-SP”. Este estudo foi desenvolvido pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Rio Claro (UNESP-RC), pelo Núcleo de Atividade Física, Esporte e Saúde (NAFES) e Laboratório de Atividade Física e Envelhecimento (LAFE), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Paulista – Instituto de Biociências de Rio Claro (Protocolo n. 3151, datado de 21/08/2007) e com apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Claro e Conselho Regional de Educação Física (CREF4/SP)

6.1.1 Delineamento do estudo (linha de base)

Delineamento de corte transversal, de caráter epidemiológico de base populacional, contou com o seguinte processo de amostragem.

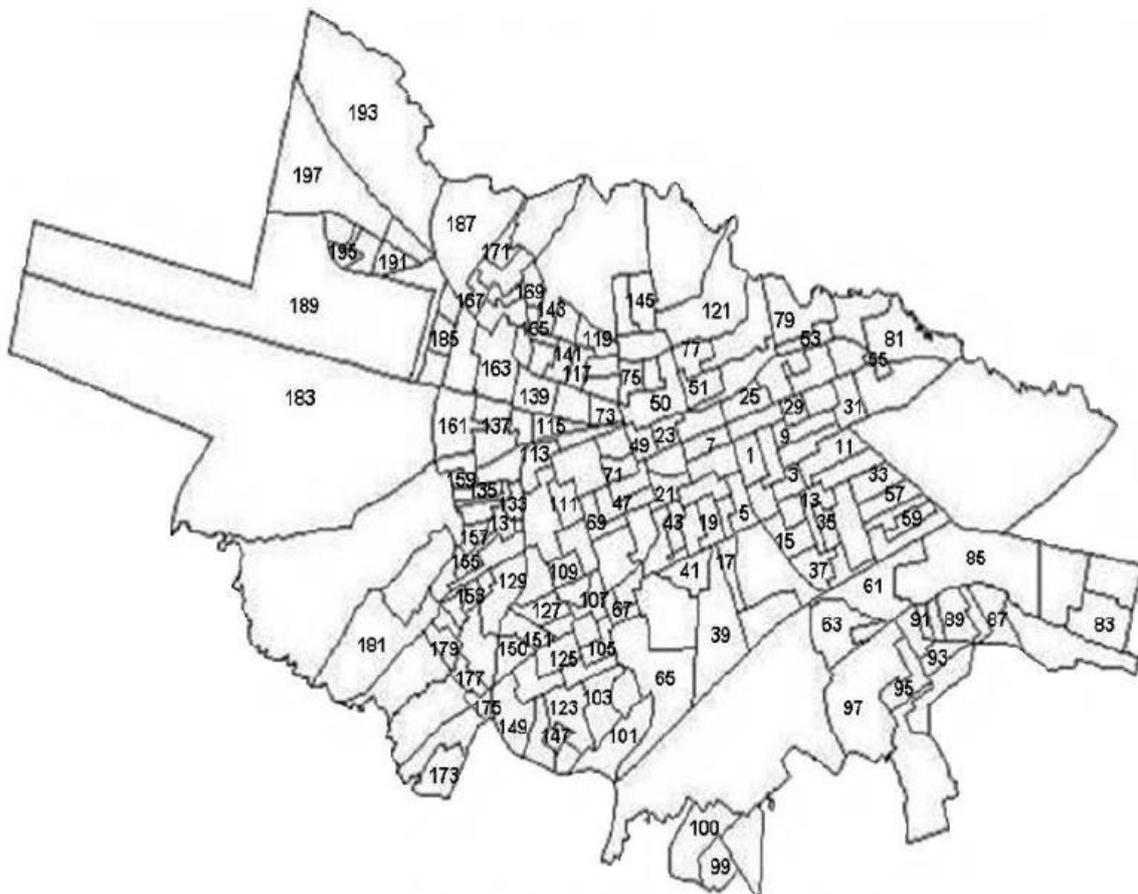
1. Listagem de todos os setores censitários urbanos de Rio Claro–SP, catalogados no IBGE, 2000;
2. Sorteio dos setores censitários (n=100);
3. Listagem de todos os domicílios nos setores sorteados (arrolamento);
4. Sorteio de domicílios nos setores sorteados;

5. Inclusão na amostra de todos os moradores com 20 anos ou mais residentes nos domicílios sorteados.

“Setor censitário é definido como uma unidade formada por área contínua, localizada em um único quadro urbano ou rural, com dimensões e número de domicílios ou de estabelecimentos que permitam o levantamento das informações por um único agente credenciado e ou como a menor unidade territorial que se pode ver em campo”. Seus limites devem respeitar os limites territoriais legalmente definidos e os estabelecidos pelo IBGE para fins estatísticos (IBGE, 2005).

A cidade de Rio Claro é constituída por 200 setores censitários, sendo 197 urbanos e 3 rurais. Por meio de sorteio foram selecionados os setores urbanos de número ímpar, que resultou em 99 setores. Destes, dois não são elegíveis (setor 27 e 45), segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), resultando em 97 setores. Para completar o número de 100 setores (metade do total) foram acrescentados, atendendo o critério de distribuição (que abrangessem regiões equidistantes entre si e, portanto com características distintas), os setores de número 50, 100 e 150. Os 100 setores selecionados são geograficamente mostrados na Figura 1.

Figura 1- Mapa da cidade de Rio Claro- SP, Brasil. Divisão por setores censitários. Identificados somente os setores ímpares, selecionados por meio de sorteio e acrescentados dos setores 50, 100 e 150.



FONTE: Extraído de SEBASTIÃO, E. ,2009. p. 44.

Foi estabelecido que, para cada setor selecionado, 8 (oito) domicílios seriam visitados, totalizando dessa forma 800 domicílios, estimando-se coleta de dados de aproximadamente 1700 participantes. Conceituou-se como domicílio o local de moradia local separado por paredes, muros, cerca entre outros e que tenha cobertura independente, constituído por um ou mais cômodos desde que permita que seus moradores se isolem, arcando com parte ou todas as suas despesas de alimentação ou moradia (IBGE, 2005).

O sorteio dos domicílios dentro dos setores ocorreu da seguinte maneira:

Depois de realizado o arrolamento (inventário) nos setores que compõem o estudo, todas as residências anotadas em cada setor foram inseridas em uma base de dados Microsoft Excel, e então sorteados 24 domicílios por setor, desses, os oito primeiros listados foram visitados pelos entrevistadores para a aplicação do questionário. Os demais ficaram como forma de contingência para eventuais recusas ou possíveis erros ocorridos no processo de arrolamento.

6.1.2 Cálculo da amostra

Assim, o tamanho da amostra pode ser calculado pela seguinte equação:

Figura 2 – Equação para calcular o tamanho da amostra.

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot P(1-P)}{d^2 \cdot (N-1) + z^2 \cdot P(1-P)}$$

FONTE: Extraído de SEBASTIÃO, E., 2009. p. 45.

Sendo:

n = tamanho da amostra

N = população de referência (população de Rio Claro - SP, com 20 anos ou mais de idade, era de ~128.000 (DATASUS, 2007)

z = nível de significância (estabelecido em 95%)

P = prevalência esperada do fenômeno a ser investigado – inatividade física lazer - (baseando-se em estudos anteriores e buscando-se obter o maior número possível de entrevistados, foi definido em 50%, ou seja, 0,5)

d = erro amostral tolerável (definido em 5%).

Obteve-se:

$$n = 128003 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5(1-0,5) / (0,05)^2 \cdot (128003 - 1) + (1,96)^2 \cdot 0,5(1-0,5)$$

$$n = 764 \text{ sujeitos}$$

Assim, seria necessário entrevistar 764 sujeitos. No entanto, por este estudo fazer parte de um projeto maior e também com o intuito de reforçar ainda mais as possíveis generalizações dos resultados, optaram por desenvolver o estudo coletando dados de residentes adultos em 8 domicílios por setor, estimando-se a participação aproximada de 1700 pessoas.

Ao final do trabalho, foram entrevistados 1.588 adultos, ou seja, um número bem próximo do estimado e maior que o dobro do calculado.

Nesse estudo foram coletadas informações pessoais como endereço completo, nome do participante, sexo, estado civil, nível de escolaridade, renda, peso, altura, número de carros no domicílio, jornada de trabalho, tabagismo, qualidade de vida, doenças, barreiras para a prática de atividade física e hábitos alimentares. Além disso, foram coletadas informações relativas ao nível de atividade física utilizando o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) – versão longa.

6.2 Segundo Momento da Pesquisa (pesquisa realizada em 2014)

Houve tentativa de fazer 5 anos depois (2013), mas para atingir os objetivos do presente estudo, tentou-se contatar todos participantes da linha de base (n=1.588) para convidá-los a participar do segundo momento da pesquisa onde a maior parte das entrevistas ocorreram em 2014.

6.2.1 Agendamento das entrevistas

Na segunda etapa, a primeira tentativa de contato foi realizada por telefone para o agendamento da entrevista presencial. Aos que não possuíam telefone e não foram encontrados em cinco tentativas ou ainda se recusar a participar do segundo momento da pesquisa, um entrevistador foi até a residência do sujeito para fazer a abordagem e convidá-lo a participar do estudo, enfatizando a importância do mesmo. Para aqueles que não foram encontrados nos domicílios por motivo de mudança de endereço, foi realizado um breve

questionamento com vizinhos ou o atual morador da residência para uma possível informação do paradeiro do mesmo.

Para aqueles que não foram possíveis de serem entrevistados foram caracterizados como (perdas) do estudo, e assim, um questionário específico foi preenchido pelo entrevistador referindo-se aos motivos, que poderiam ser por morte, mudança de endereço (não localizada), mudança de cidade, recusa, acamado, institucionalizado ou incapaz de responder o questionário devido a algum problema cognitivo e cadastros com endereços que não conferiam com a localização atual também foi preenchido para um maior controle das perdas amostrais.

Essa etapa da pesquisa consistiu na reaplicação dos questionários utilizados na linha de base (anexo I), acrescidos de um bloco de perguntas relativas à aposentadoria, este bloco havia perguntas retroativas sobre a aposentadoria como: “qual a data em que o Sr. (a) se aposentou?”, a partir deste questionamento foi possível saber se o participante estava aposentado antes de 2008 (linha de base) e posteriormente compará-lo em dois momentos (2008 e 2014). O questionário foi transformado em um aplicativo para que tablets (descrito no item 6.4) para que pudessem ser utilizados no processo de coletas e registros dos dados durante as entrevistas.

6.2.2 Participantes

No segundo momento da pesquisa foram entrevistadas as pessoas que foram encontradas e aceitaram participar, todos os integrantes da amostra da pesquisa anterior chamada linha de base.

Os participantes de referência desse estudo foram constituídos por aposentados e não aposentados de ambos os sexos residentes no município de Rio Claro e que participaram da linha de base

A aposentadoria foi classificada quanto ao seu tipo: invalidez, tempo de serviço/ contribuição, idade, compulsória ou especial.

6.2.3 Critérios de inclusão

1. Ter participado da linha de base da pesquisa em 2008 e residir na cidade de Rio Claro-SP;
2. Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1).

6.2.4 Critérios de exclusão

1. Indivíduos institucionalizados (asilos, hospitais, prisões, etc.) ;
2. Indivíduos com incapacidade motora acentuada, tetraplégicos, paralisia cerebral ou problemas que afetassem a prática de atividade física na semana anterior à entrevista;
3. Indivíduos com problemas cognitivos que impedissem o mesmo de responder o questionário de forma autônoma.

6.2.5 Aspectos Éticos

O protocolo do presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Paulista-UNESP Instituto de Biociências de Rio Claro (Protocolo n. 24164813.4.0000.5465 de 25/04/2014).

Os princípios éticos também foram assegurados aos entrevistados, de acordo com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

6.3 Instrumentos de coletas de dados: questionários

Para coleta dos dados foi elaborado um questionário dividido em 6 blocos, sendo os mesmos compostos por questões pessoais e sócio-demográficas, classificação econômica, nível de atividade física, autoavaliação de saúde e qualidade de vida, barreiras a prática de atividade física e um questionário elaborado e estruturado sobre aposentadorias/doenças (Anexo II).

a) Questionário de Identificação/Domiciliar (QID)

Utilizado para fazer levantamentos de dados sócios-demográficos (nome, endereço, idade, estado conjugal, gênero, escolaridade, ocupação, etc) e dados referentes a itens relacionados à saúde, como uso de medicamentos e presença de patologias. Tal instrumento utilizado para realizar uma caracterização completa da amostra estudada.

b) Questionário de Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP)

Elaborado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2007) para estabelecer um critério de classificação econômica baseado na estimativa do poder de compra das pessoas e famílias urbanas. Será mantida a mesma versão e o ano do questionário (2007) para que seja possível a comparação dos dois estudos.

c) Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ 8 - forma longa)

Desenvolvido em 1997 como um instrumento de rastreamento, o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) é utilizado para mensurar o nível de atividade física habitual de indivíduos com idade entre 18 e 65 anos, contemplando múltiplos domínios: trabalho, atividades domésticas, lazer e locomoção. Permite estimar o tempo gasto (duração e frequência semanal) em caminhadas, atividades físicas de intensidade moderada e vigorosa e sentado, durante a semana e nos finais de semana. É considerado um primeiro esforço para desenvolver um instrumento adequado para vigilância global da atividade física (MIILUNPALO, 2001; BAUMAN et al. 2009).

A partir das respostas ao IPAQ, os indivíduos são classificados de acordo com o nível de atividade física ($150 \text{ min/sem} \geq$ ativo ou $150 \text{ min/sem} \leq$ inativo). Os estudos de sua validade em países da Europa, América do Norte e Oceania foram realizados por Craig et al. (2003); na Finlândia por Fogelholm et al. (2006); no Brasil (incluindo sua reprodutibilidade) pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul – SP (CELAFISCS).

A aplicação deste instrumento deve ser preferencialmente por telefone ou autoadministração (IPAQ, 2007); sua aplicação na forma de entrevista individual também tem sido bastante eficaz. Dessa forma, a opção escolhida foi de entrevista para o presente estudo, de acordo com seguintes critérios: a) evitar-se o risco de incompreensão dos termos técnicos (intensidade, moderada, vigorosa, lazer, etc.) constantes do IPAQ; b) fornecer exemplos de atividades comuns aos entrevistados e; c) diminuir recusas em responder as questões, que é menor quando comparado a entrevistas por telefone ou autoadministração (HALLAL et al., 2003).

d) Questionário de Barreiras à Prática de Atividades Físicas (QBPAFI)

Em relação à lista de barreiras percebidas à prática de atividade física apresentada por Booth et al. (1997), Hirayama (2005) introduziu modificações por meio da inclusão dos seguintes itens: falta de segurança no ambiente, fatores climáticos desfavoráveis, problemas de incontinência urinária, não acreditar que a atividade física faça bem e ter tido experiência ruim com exercícios físicos.

O questionário utilizado para verificar as principais barreiras à prática AF no presente estudo é composto por 21 barreiras, sendo 19 delas de domínio pessoal e duas de domínio ambiental. Sabe-se que os motivos que impedem ou dificultam o engajamento em AF regular podem ser influenciadas por variáveis ambientais, sociais e demográficas.

e) Questionário de Qualidade de Vida- SF-36- versão longa

O SF-36 (Medical Outcomes Study 36 –Item short-form health survey) é um instrumento genérico de qualidade de vida de fácil aplicabilidade e compreensão. É um questionário multidimensional formado por 36- itens, englobados em oito escalas ou componentes (capacidades funcionais, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos mentais e saúde mental). Para a avaliação dos resultados desse instrumento, após sua aplicação, é atribuído um valor a cada questão, o qual, posteriormente, é transformado num escore de 0 a 100, onde 0 corresponde a um pior estado de saúde, e 100 a um melhor, sendo analisada cada dimensão em separado. Não existe um único valor que resuma toda a avaliação, e que corresponda a um estado geral de saúde melhor ou pior. (WARE, 1992).

A escolha desse instrumento fundamentou-se na necessidade de um questionário traduzido para língua portuguesa, bem desenhada, cujas propriedades de medidas, como reprodutibilidade, validade e suscetibilidade a alterações, já tivessem sido apresentadas em outros trabalhos. Pimenta (2008) verificou que o questionário SF-36 mostrou-se um instrumento adequado para avaliação da qualidade de vida de aposentados. Diante disso, presente estudo poderá ser comparado com outros que também fizeram o uso deste instrumento para mesma variável.

f) Questionário sobre Aposentadoria/Doenças (QAPD)

Este questionário foi estruturado e adaptado, baseado no estudo de Pimenta (2008), busca traçar o perfil dos aposentados em relação ao tempo e causa da aposentadoria, bem como questões relacionadas à saúde e atividade física.

6.4 Processo de coleta de dados

As informações cadastrais referentes ao primeiro momento da pesquisa realizada em 2008 foram digitadas em um banco de dados desenvolvido pelo programa Epi Info 6.04 (CDC, Atlanta, Domínio Público), usado para criar e analisar questionários de pesquisas epidemiológicas.

Já os dados e as informações coletadas para o presente estudo foram digitalizados e armazenados por meio de um aplicativo desenvolvido para tablets (Galaxy Tab 3 wfi de 7) para viabilizar a utilização dos mesmo, foi utilizado o aplicativo para dispositivos com sistema operacional Android chamado de Open Date KIT (ODK).

Os formulários foram projetados com o auxílio do Excel e posteriormente convertido para o formato XML, cuja principal característica é criar uma infraestrutura única para diversas linguagens de fórmulas.

Após a criação da versão digital do questionário, foram realizados inúmeros testes e ajustes de forma a sanar todos os erros de digitação, restritos de respostas e adequações de “pulos” automáticos. Após isso, a versão digital foi testada em 10 pessoas para a checagem de todos os campos.

Além de testar as perguntas do questionário digital, esse piloto possibilitou uma visualização de como os dados seriam armazenados no servidor e os procedimentos para exportar e torna-los compatíveis com programas de estatística a fim de facilitar à logística, posteriormente a fidedignidade das informações.

Para a coleta e tabulação dos dados os pesquisadores responsáveis e entrevistadores contratados passaram por um treinamento sobre os instrumentos da pesquisa e técnicas de entrevistas, seguido por duas entrevistas acompanhadas pelos responsáveis da pesquisa.

O treinamento aconteceu da seguinte forma:

5.4.1 Entrevistadores

Foram selecionados indivíduos de ambos os sexos com segundo grau completo e disponibilidade de 6 horas diárias de trabalho.

O treinamento teve duração de 20 horas, obedecendo os seguintes passos:

Treinamento, sob supervisão, das técnicas de entrevista: estudo teórico das técnicas de entrevista, dramatizações, aplicação do questionário utilizando um manual de instruções elaborado especificamente para tal fim e manuseio do tablet.

Após o treinamento, os candidatos foram submetidos a uma avaliação específica. Apenas oito foram selecionados para o estudo piloto onde foi realizada a testagem inicial da aplicação dos instrumentos.

Ao final dessa etapa apenas seis candidatos foram efetivamente contratados para a coleta de dados.

Os entrevistadores contratados trabalharam cerca de três meses na coleta de dados e foram desistindo de fazê-las por diversos fatores, por fim, os próprios pesquisadores (três) que realizaram aproximadamente 70% do total de coleta de dados. Portanto não houve a necessidade do controle de qualidade, uma vez que os maiores interessados estavam envolvidos e comprometidos com a pesquisa.

6.5 Tratamento de dados

6.5.1 Variáveis Independentes

Foi realizada a transformação da variável do nível de atividade física em seus quatro diferentes domínios (trabalho, doméstico, lazer e locomoção) em variáveis dicotômicas. Para a classificação dicotômica do nível de atividade física (ativos e inativos) em cada um dos domínios, foi adotado o método utilizado por Hallal et al. (2003). Realizou-se a somatória do tempo gasto em minutos, por meio da equação $[AF = AF \text{ moderada} + (2 \times AF \text{ vigorosa})]$. Os indivíduos que realizaram 150 minutos/semana ou mais de atividade física em cada um dos domínios do IPAQ (lazer, trabalho, doméstico e locomoção) foram classificados como ativos e aqueles com valores abaixo foram considerados inativos.

Para a variável de qualidade de vida foi realizado os cálculos ajustados de acordo com o escore (manual) do próprio questionário (SF-36), para cada um dos oito domínios (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos

emocionais e saúde mental) e a soma dos pontos obtidos em cada item relativo ao domínio correspondente (0 -100) pontos.

6.6 Análises Estatísticas

Foram realizadas análises não paramétricas, pois não especifica condições sobre os parâmetros da população da qual a amostra foi obtida, dispensa a normalidade dos dados e permitem trabalhar com diferentes populações (VIALLI, 2008). E assim foram realizadas análises transversal e longitudinal no presente estudo.

Para caracterizar a amostra foi realizada à análise descritiva das variáveis sócio-demográficas. Os resultados estão apresentados em tabelas através de números absolutos (n) e porcentagem (%).

O primeiro passo na obtenção dos resultados foi realizar uma estratificação e classificação, separando em grupos os participantes da pesquisa. Determinaram-se os valores e porcentagens dos grupos, pessoas que se aposentaram antes de 2008 (AP2008), pessoas que se aposentaram entre 2008 e 2014 (AP2008-2014) e Não aposentados (NA), de acordo com as variáveis independentes, NAF, QV e QBPAFI, assim como para às variáveis dependentes, classe socioeconômica e sexo.

Os dados foram analisados por meio de análise descritiva (média, porcentagem) e posteriormente às análises de Kruskal Wallis, este teste permite verificar se os dados analisados provêm de duas ou mais populações diferentes (VIALLI, 2008).

Para verificar se há influências entre os dados, foi utilizado o teste de coeficiente de correlação, que ajuda a determinar o grau de relacionamento entre duas ou mais variáveis. Este valor é variável entre -1 a 1 (VIALLI, 2008).

Nesta pesquisa foi adotado o Teste de Correlação de Spearman para variáveis NAF e QV. Como não há acordo entre os padrões de correlações, foram utilizados os seguintes, inferior a 0,5 = relação muito fraca, entre 0,5 e 0,7= relação um pouco fraca, entre 0,7 e 0,9 = relação razoavelmente forte e de 0,9 a 1 = relação muito forte (TAKAHASHI, 2010).

Também foi utilizado o teste do Qui-quadrado para verificar as frequências observadas e esperadas do BPAF.

De acordo com o questionário de aposentadoria inserido no 2º momento do estudo onde havia perguntas retroativas sobre a mesma, pode ser estratificado os participantes que já estavam aposentados na linha de base em 2008 e assim compará-los nos dois momentos do estudo por meio da análise de Wilcoxon de amostras pareadas.

E para o fechamento do estudo, foi realizado o Teste de *Cluster Analysis*, para um possível agrupamento das variáveis e dos grupos referentes ao estudo (JOHSON; WWICHERN, 2007).

Todas as análises estatísticas foram realizadas no programa estatístico *Statistical Analysis System* (SAS, 1960). Os resultados das análises realizadas estão apresentados na forma de gráficos de barras e em tabelas.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir são apresentados os resultados e discussão do presente estudo divididos em tópicos de acordo com as respectivas análises estatísticas realizadas:

- a) Panorama geral das entrevistas;
- b) Características gerais da amostra;
- c) Análises de comparação: Nível de Atividade Física; Qualidade de Vida; Barreiras Associadas à Prática de Atividade Física;
- d) Análises de correlação e agrupamento.

a) Panorama geral das entrevistas

Dos 1.588 participantes da linha de base, tentou-se entrar em contato com 1.349 participantes, correspondendo a 84,9% do total, devido a erros cadastrais do estudo anterior. Em função de mudança de endereço, morte ou outros motivos, no presente estudo, 706 pessoas responderam os questionários aos entrevistadores. A seguir está apresentado o fluxograma detalhado deste processo. A perda amostral foi 643 participantes que se deu por diversos motivos destacados na Tabela 1.

Fluxograma 1. Panorama geral das entrevistas

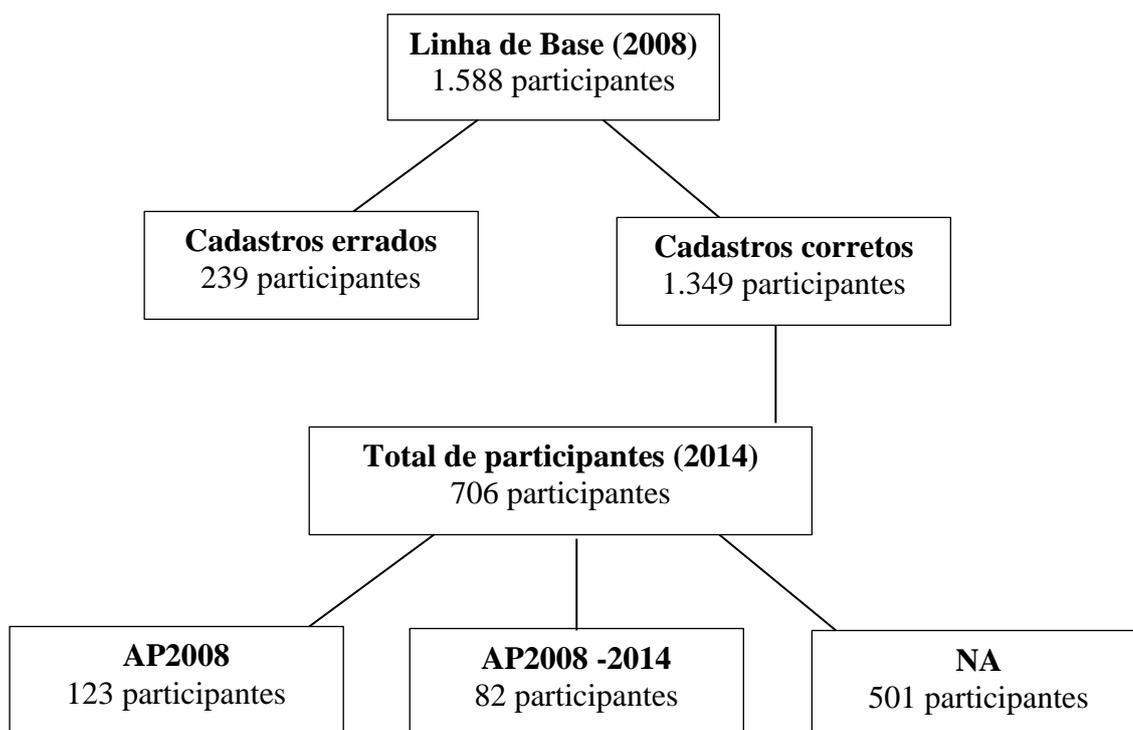


Tabela 1. Apresenta os motivos e as perdas amostrais.

MOTIVOS DE PERDAS	MULHERES n (%)	HOMENS n (%)	TOTAL n (%)
Sexo	342 (53,1)	301 (46,9)	643 (100)
Morte	32 (47)	36 (53)	68 (100)
Acamado/hospitalizado	11(73,3)	4 (26,7)	15 (100)
Mudança de cidade	34 (43,5)	44 (56,5)	78 (100)
Mudança de endereço	167 (55,6)	133 (44,4)	300 (100)
Recusa	64 (52)	59 (48)	123 (100)
Outros	34 (64,1)	25 (45,9)	59 (100)

Como pode ser observado o número de mulheres é maior, porém o número de mortes é maior entre os homens. Ainda pode ser verificado maior número de mulheres acamada/hospitalizada do que homens. De acordo com o estudo de Virtuoso et al. (2010) as mulheres vivem mais do que os homens, isso devido ao estilo de vida dos homens que consomem mais álcool, fumam mais, tem maus hábitos alimentares e ainda procuram menos os serviços de atenção básica à saúde para fazer exames periódicos ou só procuram quando estão com algum sintoma.

b) Características Gerais da Amostra

As tabelas a seguir (2,3 e 4) apresentam as características sócio-demográficas da amostra geral e nos subgrupos.

Tabela 2. Apresenta a média de idade dos grupos.

GRUPOS	MÉDIA DE IDADE (ANOS)
Amostra Total	57,2
Aposentados antes de 2008 (AP2008)	77,1
Aposentados entre 2008 e 2014 (AP2008-2014)	68,4
Não aposentados (NA)	51,5

O grupo de AP foi composto por 205 participantes de ambos os sexos, sendo a maioria do sexo masculino; média de idade de aproximadamente 72 anos; a maioria casada; o tipo de

aposentadoria mais prevalente foi por de tempo de serviço; grande parte possui até 8 anos de estudos; foi classificada com poder mediano de compra. Pode-se observar na Tabela 3, que o número de participantes do sexo feminino é maior na amostra total e no grupo de NA, porém é menor no grupo de AP. Este fato pode ser justificado uma vez que, a maioria dos homens trabalhava fora de casa com vínculo empregatício e/ou eram contribuintes autônomos para a previdência social, enquanto boa parte das mulheres trabalhava “no lar” sem vínculo empregatício e não contribuíam para receber o benefício previdenciário. A conscientização da importância para a contribuição da previdência vem aumentando ao longo do tempo entre as mulheres para garantir este benefício, onde as mesmas também vem ganhando mais espaço no mercado de trabalho formal.

Tabela 3. Descrição da amostra de AP (n=205) segundo aspectos sócios demográficos. Rio Claro, São Paulo, Brasil, 2015.

VARIÁVEL	n	PORCENTAGEM (%)
Sexo		
Masculino	108	52,7%
Feminino	97	47,3%
Estado civil		
Casado	135	65,8%
Solteiro	10	4,8%
Divorciado	15	7,3%
Viúvo	40	19,5%
Amasiado	5	2,4%
Tipo de aposentadoria		
Idade	53	25,8%
Tempo de serviço	135	65,8%
Invalidez	10	4,8%
Compulsória	1	0,4%
Especial	6	2,9%
Escolaridade (anos)		
0 < 8	109	53,1%
8 < 11	63	30,7%
11 ou mais	33	16%
Classificação econômica†		
A	6	2,9%
B	69	33,5%
C	62	30,2%
D	9	4,3%
Recusas	59	28,7%

† A classificação econômica foi determinada segundo Critério de Classificação Econômica Brasileiro.

Já o grupo de NA (Tabela 4) foi composto por 501 participantes de ambos os sexos, sendo a maioria do sexo feminino; média de idade foi de 50 anos; grande parte possui até 8 anos de estudos; foi classificada com poder alto de compra.

Tabela 4. Descrição da amostra de NA (n=501) segundo aspectos sócios demográficos. Rio Claro, São Paulo, Brasil, 2015.

VARIÁVEL	n	PORCENTAGEM (%)
Sexo		
Masculino	162	32,4%
Feminino	339	67,6%
Estado civil		
Casado	289	57,6%
Solteiro	90	17,9%
Divorciado	39	7,7%
Viúvo	48	9,5%
Amasiado	35	6,9%
Escolaridade (anos)		
0 < 8	306	61%
8 < 11	156	31,1%
11 ou mais	89	17,7%
Classificação econômica†		
A	12	2,3%
B	162	32,3%
C	147	29,3%
D	16	3,1%
Recusas	164	32,7%

† A classificação econômica foi determinada segundo Critério de Classificação Econômica Brasileiro.

Algumas características do grupo NA assemelham-se com outros inquéritos realizados na cidade de Rio Claro (PIGNATTI, 2012). Com relação ao sexo, os resultados do presente estudo corroboram os dados do censo 2010 (IBGE, 2010), onde verificou uma maior proporção de mulheres (51,3%) do que homens (48,7%). Também corrobora o estudo da linha de base (SEBASTIÃO, 2009) que apresentou uma maior proporção de mulheres (57,8%) do que homens (42,2%). No presente estudo a proporção de mulheres passou para 61,7%, enquanto de homens para 38,2% dos participantes.

Essa semelhança entre às características da amostra do presente estudo com o recenseamento realizado pelo IBGE (2010) e com outros inquéritos realizados no mesmo município demonstra que o processo de amostragem foi realizado com sucesso, garantindo uma similaridade com a população do estudo.

C) Análises de Comparação (Teste de Kruskal-Wallis): Nível de Atividade Física; Qualidade de Vida; Barreiras Associadas à Prática de Atividade Física.

Para as análises de escore geral a amostra foi dividida em 3 grupos:

AP2008= Aposentados antes de 2008;

AP2008-2014 = Aposentados entre os anos de 2008 e 2014;

NA= Aposentados.

E para as análises realizadas entre os sexos, foram divididas em 2 grupos:

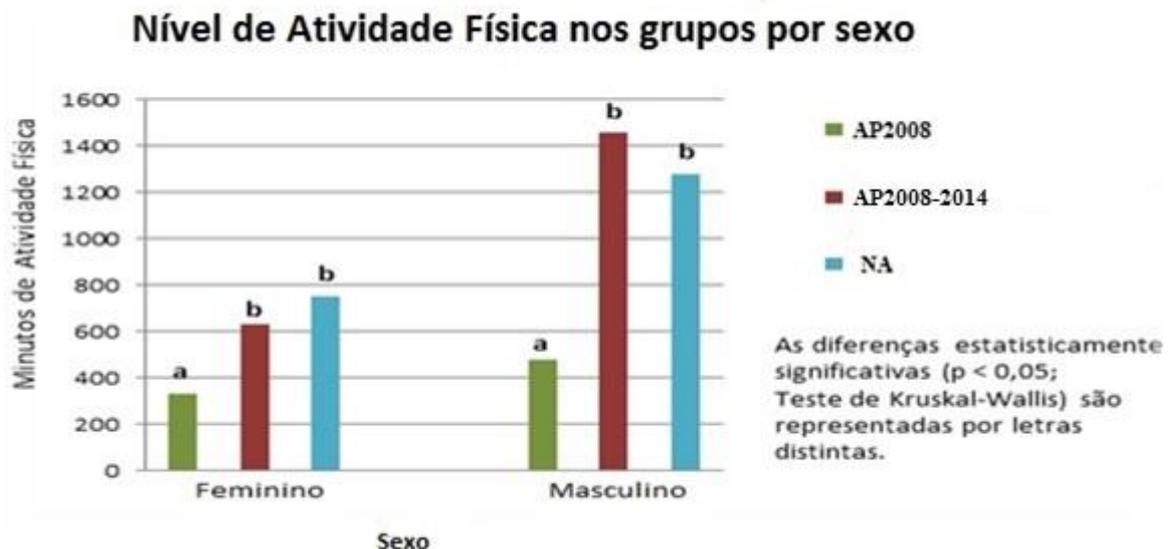
AP= Aposentados;

NA= Não aposentados.

Nível de atividade física

Em relação ao NAF total, medido por meio do IPAQ, o grupo AP2008 apresentou menor NAF ($p < 0,05$), em relação aos demais grupos; no entanto, AP2008-2014 e NA não diferiram entre si, tanto para mulheres como para homens. Figura 3.

Figura 3- Nível Geral de Atividade Física de AP2008 (n=123), AP2008-2014(n=82) e NA (n=478). Comparados em sexo, por meio do Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ. Rio Claro, SP, Brasil, 2015.



Estes resultados corroboram os achados de Beretta et al. (2007) que realizaram um estudo transversal de base populacional em indivíduos adultos no município de Joaçaba-SC, utilizando o IPAQ como instrumento para mensurar o NAF e concluíram que estes níveis diminuem na vida adulta e a medida que envelhecem. Outros estudos que confirmam estes resultados são os estudos de Kremper (1994) e Dias-da-Costa et al. (2005). Como o processo de envelhecimento vem acompanhado por progressivas e importantes alterações fisiológicas em órgãos e sistemas, como, a diminuição e alteração da composição muscular, da massa óssea, da capacidade cardiorrespiratória entre outras. Essas alterações podem comprometer o desempenho de tarefas diversas, inclusive as atividades de vida diária (HARDY e GROGAN, 2009).

Já o estudo de Lahti (2011) indicou que a inatividade física entre AP foi menor que em NA. Este resultado foi obtido por meio de um estudo de acompanhamento (follow-up) na cidade de Helsinki, na Finlândia, onde avaliou funcionários e ex-funcionários de uma empresa entre 40-60 anos entre os anos de 2000-2002, os mesmos tiveram acompanhamento por cerca de sete anos. Este revelou um aumento do NAF de intensidade moderada entre os aposentados.

Uma possível explicação para a controvérsia dos resultados encontrados na literatura, é que as condições ambientais/estruturais e as políticas públicas de saúde, esporte e urbanização são mais eficientes em alguns lugares em relação a outros, gerando maior aderência e consciência da população para os benefícios e a importância da prática regular de AF.

Embora seja apontado que doenças e limitações não são resultados inevitáveis do envelhecimento (VERAS, 2009), no que diz respeito às condições de saúde, a funcionalidade e as necessidades de cuidado, é evidenciado que a prevalência de múltiplas doenças crônicas é mais elevada entre os idosos (ALVES, 2008).

A seguir são apresentados os NAF em cada domínio do IPAQ, de mulheres Aposentadas e Não aposentadas (figura 4) e homens Aposentados e Não aposentados (Figura 5).

Figura 4- Nível de Atividade Física de mulheres aposentadas e não aposentadas em cada domínio do Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ. Rio Claro, SP, Brasil, 2015.

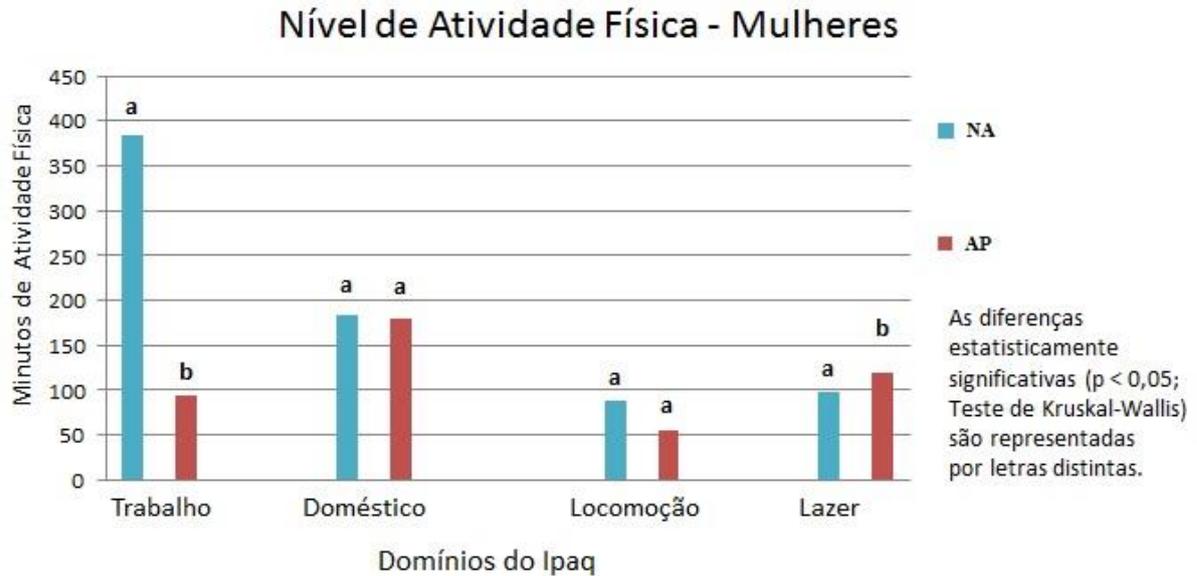
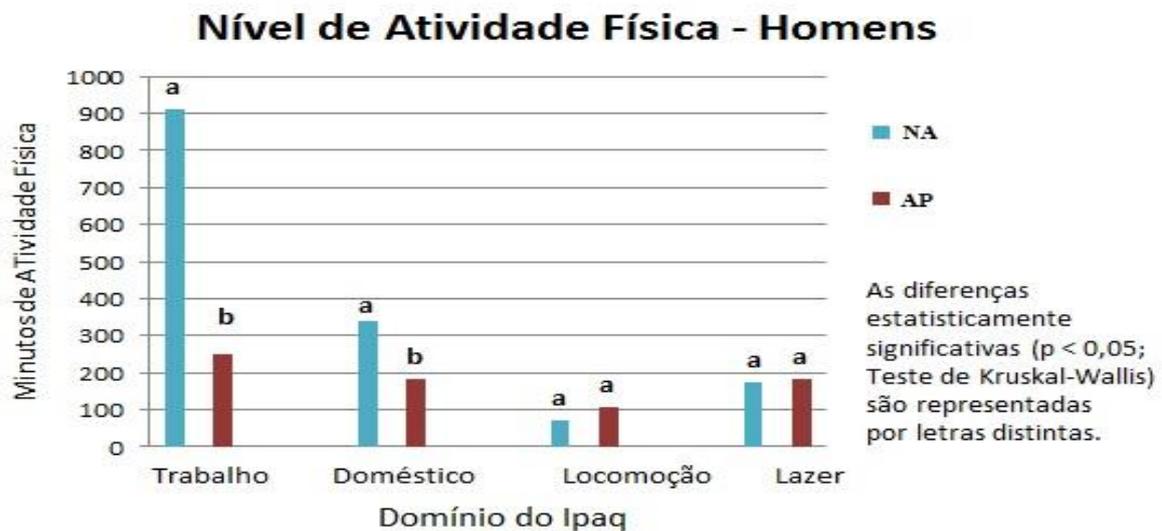


Figura 5- Nível de Atividade Física de homens aposentados e não aposentados em cada domínio do Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ. Rio Claro, SP, Brasil, 2015.



Na Figura 4, observou-se diferença estatística ($p < 0,05$) pelo teste de Kruskal Wallis, nos domínios “lazer” e “trabalho” entre os grupos de AP e NA, porém nenhum dos grupos atingiu a média recomendada pelo Colégio Americano de Medicina do Esporte, para discriminar entre ativos (≥ 150 min/sem) e inativos (≤ 150 min/semana) no domínio “lazer”. Nos domínios “doméstico” e “locomoção”, não se observaram diferenças significativas.

Um achado importante deste estudo foi que mulheres aposentadas apresentaram NAF no lazer superior quando comparadas às mulheres não aposentadas, mas vale ressaltar que

ambos os grupos não atingiram as recomendações do Colégio Americano de Medicina do Esporte (ACSM, 1998), porém, o grupo de aposentadas chegou próximo. Apesar da média de idade das mulheres aposentadas ser maior e todas as evidências encontradas na literatura sobre o aumento da inatividade física no processo de envelhecimento, este resultado corrobora com o estudo de Guimarães (2011), onde mulheres idosas e, em sua maioria, aposentadas foram consideradas suficientemente ativas de acordo com o instrumento IPAQ-versão curta. Outra explicação que pode sustentar este resultado é que a cidade de Rio Claro oferece projetos e programas que atendem esta população; atualmente, estão cadastrados no Fundo Social de Solidariedade, 74 grupos de idosos, sendo 41 Grupos de Convivência, organizados pela comunidade, e 33 vinculados a instituições públicas ou privadas. O município conta com cinco Grupos nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), vinculados à Secretaria Municipal de Ação Social, cinco grupos de atividades Físicas vinculados à Secretaria Municipal de Esporte, 16 Grupos de Atividades Físicas implantados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Unidades de Saúde da Família (USF), vinculados à FMS, em parceria com o Núcleo de Atividade Física, Esporte e Saúde (NAFES), do Departamento de Educação Física da UNESP. Existem, ainda, um Grupo do Programa de Atividade Física para a Terceira Idade (PROFIT), da UNESP, quatro Grupos de Dança, um Grupo da Faculdade da Terceira Idade, das Faculdades Integradas Claretianas, um Grupo de Atividade Física do SESI, totalizando aproximadamente 2.500 integrantes e mais recentemente um grupo de Preparação para Aposentadoria (PPA) da UNESP. Grande parte dos participantes desses projetos se encontram aposentados e com tempo livre suficiente para frequentar as atividades podendo assim ser justificado o presente resultado (HEBLING, COSTA e COSTA, 2013).

Outro ponto relevante na Figura 4 foi que em ambos os grupos (AP e NA) as mulheres mostraram-se ativas no domínio “doméstico”, quando comparadas em outros domínios. Este achado corrobora outros resultados encontrados na literatura, como o de Ainsworth (2000) que evidencia que a demanda energética das mulheres durante sua vida é representada principalmente pelas atividades domésticas e estima-se que estas despendam 3,9 horas por dia em trabalhos domésticos e em tarefas de cuidados com a família.

Já a Figura 5, apontou diferenças significativas por meio do teste de Kruskal Wallis, nos domínios “trabalho” e “doméstico”, evidenciando que NA têm o NAF maior quando comparado aos AP. Outra observação foi que ambos os grupos foram considerados ativos segundo as recomendações do Centro para Controle de Doenças e Prevenção e o Colégio Americano de Medicina do Esporte (ativos ≥ 150 min/sem e inativos ≤ 150 min/semana) em

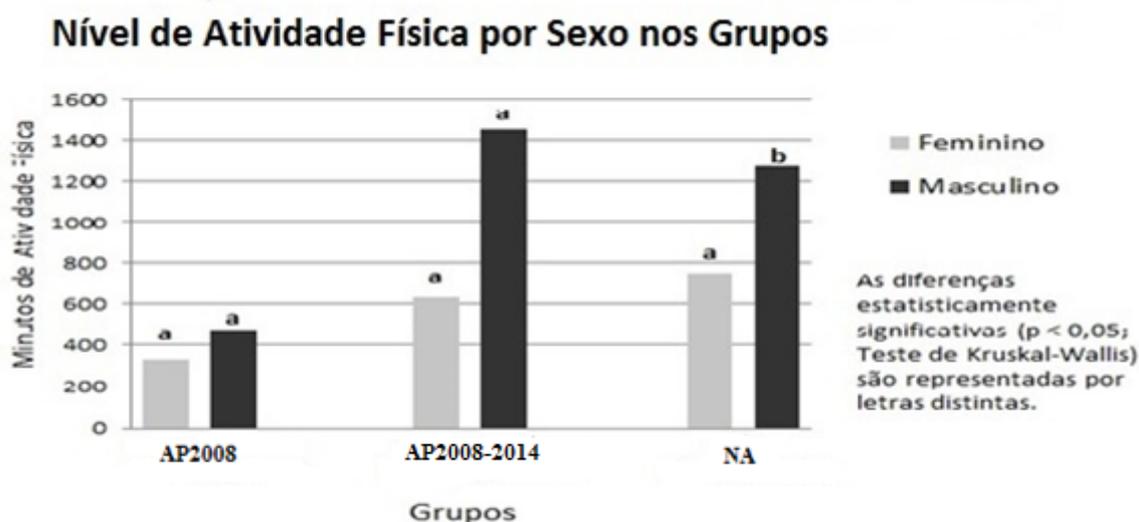
quase todos os domínios, inclusive no “lazer”. Já os domínios “lazer” e “locomoção” não apresentaram diferenças estatísticas significativas.

Um resultado interessante apresentado na figura 5 foi que homens NA apresentaram maior NAF no domínio “doméstico” quando comparados a AP. Não foi encontrado nenhum resultado parecido na literatura para que pudesse ser comparado com o presente estudo. Uma possível explicação para este fenômeno é que o grupo de AP tenha a capacidade funcional mais comprometida para estes afazeres domésticos e/ou que nunca tiveram o hábito de realizar estas atividades.

Já era esperada a diferença significativa no domínio “trabalho”, uma vez que os grupos comparados são de AP e NA, porém foram observados que ambos os grupos atingiram o NAF recomendados, no domínio “lazer”, diferentemente das mulheres na figura anterior.

Os autores Slingerland et al. (2007) relatam que quando o indivíduo se aposenta, há uma queda do NAF, já que muitos deles realizavam trabalhos manuais e se deslocavam para o trabalho caminhando ou pedalando, o que contribui substancialmente para um maior NAF do indivíduo. Em contrapartida, eles afirmam que a pressão e as limitações do tempo são as principais barreiras para a prática regular de AF no tempo livre.

Figura 6- Nível de Atividade Física total entre homens e mulheres por meio do Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ, nos diferentes grupos. Rio Claro, SP, Brasil, 2015.



Na Figura 6, observou-se que houve diferença estatística significativa ($p < 0,05$) somente no grupo de NA, onde indica que os homens são fisicamente ativos (minutos de atividade física) quando comparados a mulheres. Nos outros grupos AP2008 e AP2008-2014 não foram apontadas diferenças. (As diferenças na altura das barras do gráfico ex: AP2008-2014, é

devido a variabilidade do tamanho amostral, porém não apresenta diferença estatística. Assim como para os demais gráficos apresentados nesta mesma situação).

Como visto nas figuras anteriores que os homens não aposentados são mais ativos quando comparados às mulheres deste mesmo grupo. Este resultado corrobora o estudo transversal de Florindo (2009) realizado com 1.318 adultos com idade entre 18 e 65 anos na cidade de São Paulo, Brasil. Para avaliar o NAF, também foi aplicada a versão longa do IPAQ, e os resultados apontam que homens são mais ativos que mulheres no lazer. Em outro estudo de Hallal (2011), com base em estudo realizado em 26 capitais brasileiras e Distrito Federal, através do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) coletados entre 2006 e 2009, com amostra de 54.369 adultos entrevistados que residiam em domicílios com linha telefônica fixa, sustentou o resultado de que os homens foram mais ativos quando comparados às mulheres nos domínios “lazer”, “trabalho” e “deslocamento”. As mulheres foram mais ativas na limpeza pesada em casa (domínio doméstico).

Figura 7- Nível de Atividade Física do grupo AP em cada domínio do Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ, comparados com as diferentes classificações socioeconômicas por meio do Questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa-ABEP. Rio Claro, SP, Brasil, 2015.

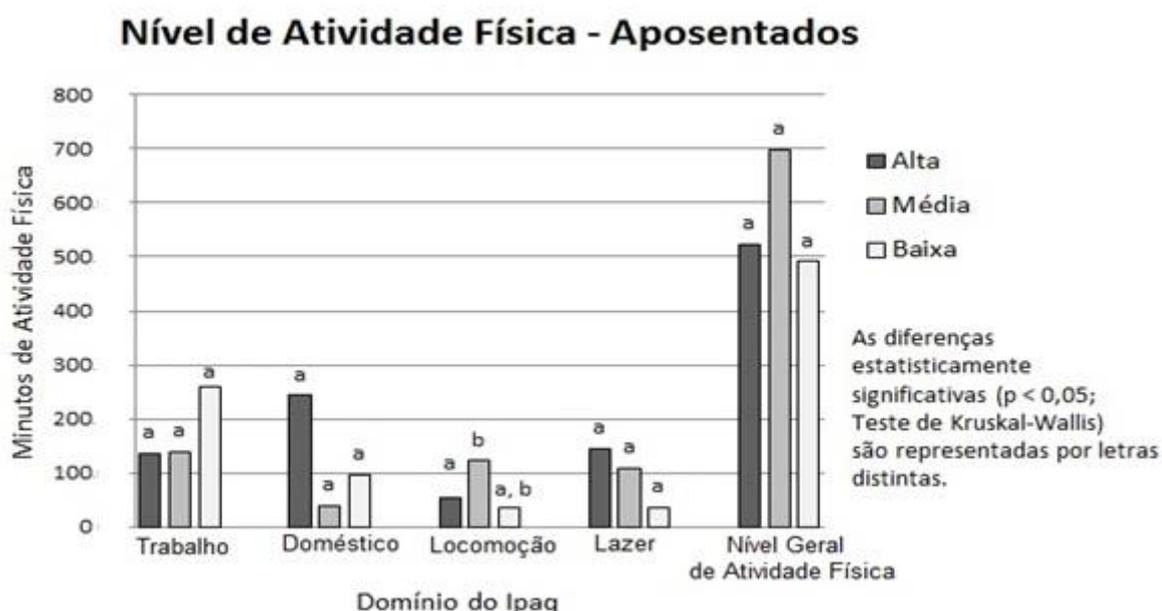


Figura 8- Nível de Atividade Física do grupo NA em cada domínio do Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ, comparados com as diferentes classificações socioeconômicas por meio do Questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa-ABEP. Rio Claro, SP, Brasil, 2015.



As variáveis de classificação socioeconômica foram agrupadas da seguinte forma, classe alta (A e B), classe média (C) e classe baixa (D) de acordo com o questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa-ABEP.

De acordo com Figura 7, observou-se que houve diferença estatística significativa ($p < 0,05$) entre as classes socioeconômicas (alta e média) no domínio “locomoção” no grupo de AP pelo teste de Kruskal-Wallis, onde a classe média apresentou média superior a classe alta.

Já a Figura 8, apontou diferença estatística significativa ($p < 0,05$) entre as classes socioeconômicas (alta e média) no domínio “locomoção”, onde a classe média apresentou média superior a classe alta. Outra diferença estatística aconteceu no NAF entre as classes (alta e baixa), onde a classe alta apresentou média superior à classe baixa.

Tomaz (2010) realizou um estudo com delineamento transversal, com amostragem por conglomerados de quatro regiões de Brasília, DF, em 2006–2007. A amostra de 469 adultos foi obtida em 250 domicílios selecionados aleatoriamente. Dados sócio-demográficos, peso e estatura foram obtidos durante uma entrevista no domicílio e o IPAQ-versão curta foi utilizado para a mensuração do NAF. Naquele estudo 81% da amostra pertencia às classes socioeconômicas A e B, sem diferença significativa em relação ao NAF no lazer. Outro achado que corrobora com os achados do presente estudo é que os homens foram considerados mais ativos no domínio lazer quando comparados às mulheres.

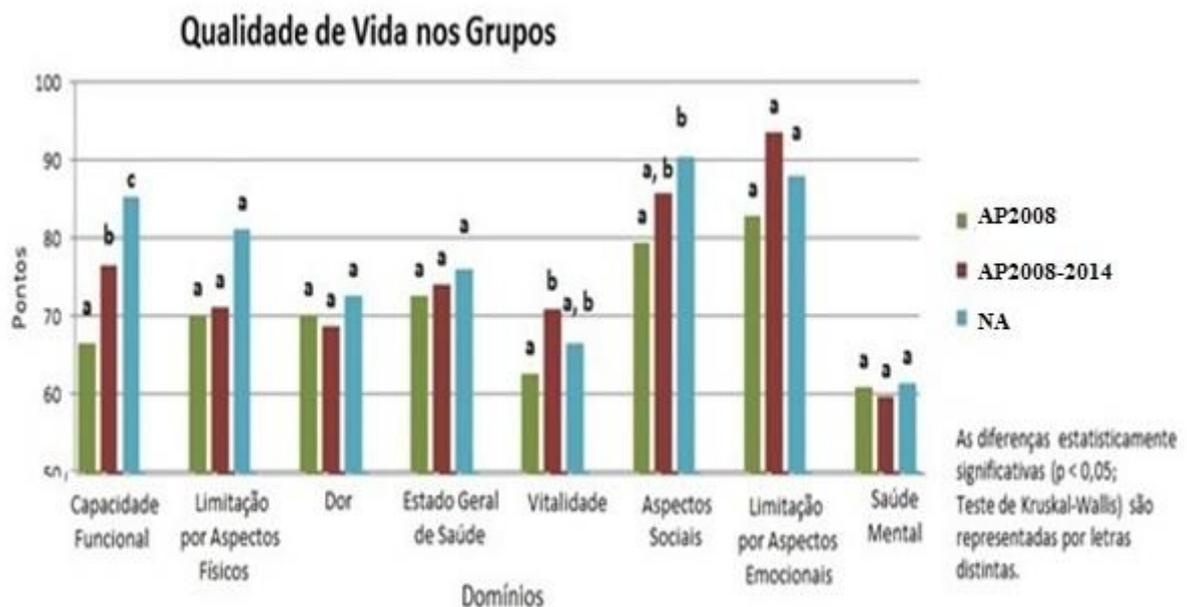
Costa-Sales (2003) num estudo de coorte cuja população-alvo foi composta por todos os funcionários técnico-administrativos de uma universidade localizada no Rio de Janeiro, envolvendo 4.614 adultos, de ambos os sexos, na faixa etária de 20 a 60 anos. O estudo mostrou que homens e mulheres com maior renda familiar per capita praticaram mais AF no tempo de lazer. Da mesma forma, Mensink (1997) e Ford (1991) na Alemanha, evidenciaram esta relação, quanto maior a classe socioeconômica maior o NAF, principalmente no lazer. Em uma revisão, Barnett e colaboradores (2012), investigaram as mudanças no NAF e como variavam com a transição para a aposentadoria de acordo com a classe socioeconômica. O principal achado desta revisão foi que a atividade física de lazer aumentou depois da transição para a aposentadoria no grupo com maior nível econômico.

Em contrapartida Matsudo (2002) observou que o sedentarismo foi maior nas classes A (55,3%) e E (60 %), sendo que nas classes B, C e D a porcentagem variou de 42% a 49% em indivíduos selecionados em 29 cidades de grande, médio e pequeno porte do estado de São Paulo. A classificação do NAF segundo o nível socioeconômico, evidenciou que os grupos A (mais ricos) e E (mais pobres) apresentaram maior prevalência de indivíduos que não alcançaram a recomendação (150 minutos/semana), sendo o fato mais evidente no grupo E.

Qualidade de Vida

A QV relacionada à saúde refere-se não só à forma como as pessoas percebem seu estado geral de saúde, mas também o quão física, psicológica e socialmente interferem na realização de suas atividades diárias (TOSCANO; OLIVEIRA, 2009). Portanto, serão apresentados os resultados da percepção de saúde e qualidade de vida dos participantes desta pesquisa, bem como a comparação dos resultados entre os grupos.

Figura 9- Qualidade de Vida de AP2008 (n=123), AP2008-2014 (n=82) e NA (n=478). Comparados entre os grupos em cada domínio do Questionário de Qualidade de Vida- SF-36. Rio Claro, SP, Brasil, 2015.



Em relação à QV, medida por meio do questionário SF-36, foram observadas diferenças estatísticas ($p < 0,05$) pelo teste de Kruskal-Wallis observou-se que no domínio “capacidade funcional” houve diferença em todos os grupos; já no domínio “vitalidade”, apontou diferença entre os grupos de AP2008 e AP2008-2014. Por fim, no domínio “aspectos sociais” houve diferença entre os grupos de AP2008 e NA.

Nos domínios, “limitação por aspectos físicos”, “dor”, “estado geral de saúde”, “limitação por aspectos emocionais” e “saúde mental” não foram observadas diferenças estatísticas.

De maneira geral, foi observado que na Figura 9, no domínio “capacidade funcional” revelou diferença estatística entre todos os grupos. Estes resultados se repetem nas figuras (10 e 11) onde homens e mulheres foram analisados separadamente, evidenciando que o grupo de NA apresenta melhor QV para este domínio.

Esta temática ainda é pouco explorada na literatura, o que dificulta a comparação da QV de aposentados e não aposentados com outros trabalhos. Ainda, estes resultados podem ser comparados e discutidos com outros trabalhos que foram realizados com indivíduos idosos e de meia idade, e que se assemelham com a faixa etária deste estudo. Ekerdt (1982 e 1983), acompanhou trabalhadores no período pré e pós aposentadoria e concluiu que a mesma não é um evento causador de deterioração da saúde e/ou QV. Da mesma forma, Holtzman (1980), em estudos com aposentados e não aposentados de uma mesma faixa etária, associou melhor QV em indivíduos com aposentadoria tardia (tempo de serviço), satisfação com o trabalho, potencial para continuar trabalhando, autoestima e lazer. O mesmo foi observado por Mein (2000), que concluiu que esses fatores, quando ausentes, são preditores independentes para aposentadorias precoces.

Num estudo realizado no Brasil por Pimenta (2008), onde 87 aposentados da cidade de Belo Horizonte-MG foram avaliados por meio do questionário SF-36, a média de idade foi de 57 anos e o tempo médio de 7 anos de aposentadoria. Neste trabalho o autor evidenciou melhor QV apenas nos aposentados que praticavam AF regular ou que tinham alguma atividade de trabalho no momento da pesquisa. Ainda neste estudo foi apresentado que os homens atingiram um escore maior de pontuação no questionário, exceto para o estado geral de saúde e aspectos emocionais. Quanto à idade, houve diferença para a “capacidade funcional”, “dor”, “vitalidade”, “aspectos sociais” e “saúde mental” em ambos os sexos.

Já o estudo de Toscano (2009) com delineamento transversal, a população foi constituída por 587 mulheres, com idade mínima de 60 anos e cadastradas nos 23 grupos de convivência assistidos pela Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania (Semasc) do município de Aracaju-SE e para determinar a QV foi aplicado o instrumento SF-36. Neste trabalho, Toscano mostrou que mulheres com melhores NAF também apresentou melhor QV em todos os domínios do SF-36.

Da mesma forma, Freitas (2014), realizou um estudo descritivo onde os participantes com mais de 60 anos foram divididos em 2 grupos, (G1- praticavam AF sistematizada) e (G2- não praticavam AF). A maioria da amostra foi composta por mulheres, por aposentado (a) e viúvo (a). Como resultado, este também apresentou forte relação entre o NAF e QV, onde o G1 mostrou melhor pontuação em todos os domínios do SF-36.

De acordo com a literatura, a auto percepção do estado de saúde pode ser influenciada pelos seguintes fatores: demográficos (idade, sexo, arranjo familiar e estado conjugal), socioeconômicos (educação e rendas individual e familiar), presença de doenças crônicas, capacidade funcional (atividades de vida diárias - AVD's, atividades instrumentais de vida diárias - AIVD's) e mobilidade (EKERDT, 1983; MARMOT et al., 1997; ALVES, 2004; BARON-EPEL et al., 2001; MARCELLINI et al., 2002; LIMA-COSTA et al., 2004).

A capacidade funcional influencia diretamente a auto percepção do estado de saúde pela sua relação e associação aos aspectos demográficos, socioeconômicos, culturais, psicossociais e de saúde (CHAIMOWICZ, 1997; GUERRA et al., 2003; RAMOS, 1998; LIMA-COSTA et al., 2003b). É também influenciada por comportamentos relacionados ao estilo de vida, como tabagismo, alcoolismo, hábito alimentar, atividade física, estresse, autoestima, manutenção e controle de relações sociais e relacionamentos interpessoais (HERZOG et al., 1991; HOYEMANS et al., 1996; IDLER et al., 1990 e 1997).

Nas figuras a seguir são apresentados os resultados da QV das mulheres (Figura 10) e QV dos homens (Figura 11) em todos os domínios do questionário SF-36 analisados pelo teste de Kruskal Wallis.

A Figura 10 apontou diferença estatística ($p < 0,05$) no domínio “capacidade funcional” entre todos os grupos. Nos outros domínios não houve diferença em nenhum dos grupos.

Na Figura 11 no domínio “capacidade funcional” houve diferença estatística entre todos os grupos, nos domínios “limitação por aspectos físicos” e “aspectos sociais” houve diferença apenas nos grupos AP2008 e NA. Já os outros domínios não foram reveladas diferenças estatísticas..

No entanto, de acordo com os resultados gerais de QV, há evidências que os grupos de AP2008 e AP2008-2014 apresentam pior QV quando comparados ao grupo de NA, principalmente nos domínios “capacidade funcional”, “limitação por aspectos físicos” e “aspectos sociais”.

Figura 10- Qualidade de Vida de mulheres AP2008, AP2008-2014 e NA em cada domínio do Questionário de Qualidade de Vida SF-36. Rio Claro, SP, Brasil, 2015.

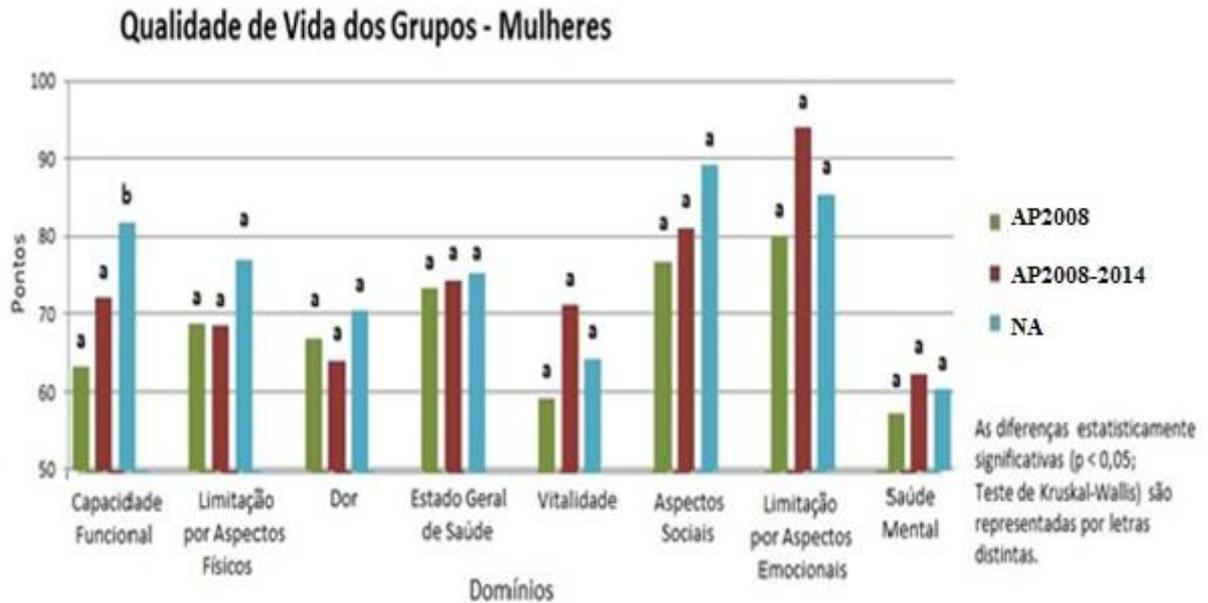


Figura 11- Qualidade de Vida de homens AP2008, AP2008-2014 e NA em cada domínio do Questionário de Qualidade de Vida SF-36. Rio Claro, SP, Brasil, 2015.

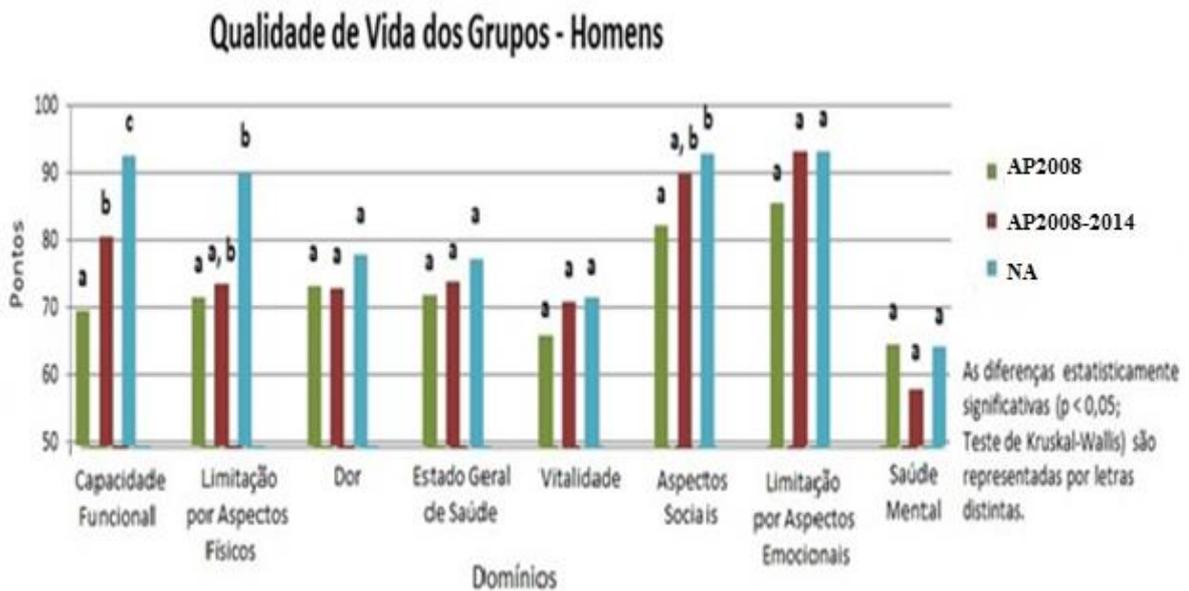


Tabela 5- Qualidade de Vida do grupo AP por meio do Questionário de Qualidade de vida – SF-36, comparados com as diferentes classificações socioeconômicas por meio do Questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa-ABEP. Rio Claro, SP, Brasil, 2015.

Classificação Socioeconômica - Aposentados				
Indicativos de Qualidade de Vida	Alta (média)	Média (média)	Baixa (média)	p
Capacidade Funcional	75,000 a	67,742 a	65,000 a	0,377920
Limitação por aspectos físicos	74,000 a	66,935 a	66,666 a	0,828924
Dor	73,240 a	67,371 a	76,222 a	0,440314
Estado Geral de Saúde	73,213 a	70,322 a	80,666 a	0,273947
Vitalidade	64,533 a	67,822 a	68,333 a	0,385559
Aspectos Sociais	81,000 a	79,032 a	69,444 a	0,833417
Limitação por aspectos emocionais	79,999 a	90,322 a	77,777 a	0,270090
Saúde Mental	62,240 a	60,581 a	62,222 a	0,994764

Diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$; Teste de Krukall-Wallis), são representadas por letras distintas nas linhas da tabela.

De acordo com a Tabela 5, observou-se que não houve diferença estatística significativa entre as classes socioeconômicas (alta, média e baixa) em nenhum domínio do Questionário SF-36 no grupo de Aposentados, através do teste de Kruskal-Wallis.

Pimenta (2008) em um estudo sobre QV, com a aplicação do questionário SF-36, envolvendo 187 aposentados da cidade de Belo Horizonte- MG, não evidenciou diferença estatística entre as classes socioeconômicas nos diferentes domínios do SF-36 comparando homens e mulheres.

Tabela 6- Qualidade de Vida do grupo NA por meio do Questionário de Qualidade de vida – SF-36, comparados com as diferentes classificações socioeconômicas por meio do Questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa-ABEP. Rio Claro, SP, Brasil, 2015.

Classificação Socioeconômica - Não Aposentados				
Indicativos de Qualidade de Vida	Alta (média)	Média (média)	Baixa (média)	p
Capacidade Funcional	88,206 a	82,174 a	63,333 b	0,000919
Limitação por aspectos físicos	83,235 a	79,348 a b	55,000 b	0,004771
Dor	73,694 a	68,326 a	62,733 a	0,069442
Estado Geral de Saúde	78,112 a	70,942 b	66,800 a b	0,003768
Vitalidade	67,412 a	62,681 a	58,000 a	0,067179
Aspectos Sociais	87,426 a	84,239 a	60,000 b	0,001270
Limitação por aspectos emocionais	87,255 a	78,744 a	71,111 a	0,036606
Saúde Mental	63,765 a	59,246 a b	55,733 b	0,010243

Diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$; Teste de Krukall-Wallis), são representadas por letras distintas nas linhas da tabela.

Já na Tabela 6 a seguir, apresentou diferença estatística entre as classes socioeconômicas (alta e baixa) nos domínios “capacidade funcional”, “Limitação por aspectos físicos”, “aspectos sociais” e “saúde mental”. Também houve diferença entre as classes socioeconômicas (alta e média) no domínio “estado geral de saúde”.

Para os aposentados as classes socioeconômicas parecem não influenciar a QV. Já esta hipótese parece ser contrária no grupo de NA, pois de acordo com os resultados, algumas diferenças significativas foram apontadas, porém não foi encontrado nenhum estudo semelhante na literatura para sustentar esta discussão, indicando uma lacuna no conhecimento sobre o tema. Este fato pode levar a reflexão sobre a diferença de ambos os grupos sobre percepção e o comportamento do participante que já está aposentado ou daquele que ainda não se aposentou. Assim a classe socioeconômica pareceu ter mais influência na percepção de saúde do grupo dos participantes que ainda não se encontravam aposentados.

Barreiras à Prática de Atividade Física (QBPAFI)

Segundo Schutzer e Graves (2004), a prática de AF é um processo complexo e dinâmico que envolve uma série de comportamentos interligados e a identificação das variáveis que afetam a aderência em exercícios, que pode dificultar ou impedir esta prática. Quando os fatores impedem ou dificultam a prática de AF são chamados de “barreiras” (MARTINS, 2000; COHENMANSFIELD; MARX; GURALNIK, 2003).

Nas tabelas apresentadas a seguir, são revelados os valores do teste de comparação de proporção (qui-quadrado) para as diferentes barreiras relatadas. As análises são apresentadas separadamente por grupo, sexo e classe socioeconômica.

Tabela 7- Comparação, entre os grupos AP e NA, das frequências percentuais de cada uma das barreiras relatadas pelos participantes (n= 706) do município de Rio Claro – SP, 2015.

Barreiras de Atividade Física					
Barreiras de Atividade Física	AP	NA	χ^2	p	Significância
	% (n)	% (n)			
Tempo livre Suficiente	80,00 (160)	63,44 (302)	17,08187	3,58E-05	**
Realiza atividade física suficiente	41,30 (83)	30,60 (145)	6,75767	0,0093346	**
Falta de companhia dificulta a prática de atividade física	43,80 (88)	47,27 (225)	0,55840	0,4549043	ns
Falta de dinheiro dificulta a prática de atividade física	22,00 (44)	33,90 (161)	8,86232	0,0029112	**
Velho demais pra fazer atividade física	20,50 (41)	06,76 (32)	26,01819	3,382E-07	**
Possui doença ou lesão que dificulta a prática de atividade física	30,35 (61)	18,74 (89)	10,36658	0,0012832	**
Saúde muito ruim	20,92 (41)	06,75 (32)	27,22660	1,81E-07	**
Muito tímido para praticar atividade física	12,50 (25)	14,10 (67)	0,18681	0,6655883	ns
Experiência desagradável	02,50 (05)	05,47 (26)	2,20221	0,137813	ns
Instalações adequadas próximas de casa	81,91 (163)	77,21 (366)	1,56794	0,2105058	ns
Precisa descansar no tempo livre	39,20 (78)	53,68 (255)	11,20463	0,0008159	**
Desmotivado	39,00 (78)	51,05 (243)	7,72465	0,0054472	**
Medo de cair e se machucar	30,35 (61)	18,70 (89)	10,45718	0,0012217	**
Gosta de fazer atividade física	74,63 (150)	73,00 (346)	0,11809	0,7311136	ns
Falta de roupas e equipamento	05,00 (10)	08,65 (41)	2,18241	0,1395953	ns
Desistiria logo	25,38 (50)	28,15 (134)	0,40795	0,5230111	ns
Gordo ou magro pra praticar atividade física	14,14 (28)	12,63 (60)	0,16318	0,6862425	ns
Falta energia	32,50 (65)	30,53 (145)	0,17200	0,678337	ns
Atividade física faz bem	98,50 (197)	96,23 (459)	1,72606	0,1889145	ns
Falta de segurança no ambiente	19,60 (39)	19,33 (92)	1,245E-29	0,9999999	ns
Clima desfavorável	13,50 (27)	12,42 (59)	0,06630	0,7968026	ns

χ^2 = valor do teste qui-quadrado

Diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$). ns = Não Significativo ($> 0,05$); ** = $< 0,01$; * = $> 0,01$ e $< 0,05$.

Tabela 8- Comparação, entre os grupos de mulheres (AP e NA), das frequências percentuais de cada uma das barreiras relatadas pelas participantes (n=436) do município de Rio Claro – SP, 2015.

Barreiras de Atividade Física - Sexo Feminino					
Barreiras de Atividade Física	AP	NA	X ²	p	Significância
	% (n)	% (n)			
Tempo livre Suficiente	82,98 (78)	65,95 (215)	9,23764	0,002371	**
Realiza atividade física suficiente	33,68 (32)	30,47 (99)	0,22142	0,637962	ns
Falta de companhia dificulta a prática de atividade física	41,05 (39)	49,85 (162)	1,93918	0,163758	ns
Falta de dinheiro dificulta a prática de atividade física	18,08 (17)	36,11 (117)	10,05802	0,001517	**
Velho demais pra fazer atividade física	18,08 (17)	08,33 (27)	6,35787	0,011686	*
Possui doença ou lesão que dificulta a prática de atividade física	34,73 (33)	15,24 (64)	8,53995	0,003474	**
Saúde muito ruim	20,65 (19)	08,95 (29)	8,50000	0,003551	**
Muito tímido para praticar atividade física	13,83 (13)	16,05 (52)	0,13045	0,717964	ns
Experiência desagradável	02,13 (02)	04,31 (14)	0,44326	0,505553	ns
Instalações adequadas próximas de casa	79,57 (74)	77,09 (249)	0,13294	0,715398	ns
Precisa descansar no tempo livre	34,41 (32)	50,92 (165)	7,26077	0,007048	**
Desmotivado	39,36 (37)	53,23 (173)	5,06884	0,02436	*
Medo de cair e se machucar	34,74 (33)	21,47 (70)	6,30447	0,012043	*
Gosta de fazer atividade física	70,53 (67)	71,30 (231)	0,00029	0,986519	ns
Falta de roupas e equipamento	04,25 (04)	08,95 (29)	1,61050	0,204422	ns
Desistiria logo	28,72 (27)	30,15 (98)	0,01932	0,889465	ns
Gordo ou magro pra praticar atividade física	13,04 (12)	14,51 (47)	0,03444	0,852766	ns
Falta energia	36,17 (34)	34,77 (113)	0,01638	0,898172	ns
Atividade física faz bem	97,87 (92)	95,40 (311)	0,60077	0,438283	ns
Falta de segurança no ambiente	18,28 (17)	22,77 (74)	0,61250	0,433849	ns
Clima desfavorável	12,77 (12)	14,81 (48)	0,11004	0,740094	ns

X² = valor do teste qui-quadrado

Diferenças estatísticas significativas (p<0,05). ns = Não Significativo (> 0,05); ** = < 0,01; * = > 0,01 e < 0,05.

Na Tabela 7, das 21 barreiras apenas 9 apontaram diferenças estatísticas significativas (p<0,05). Todas as diferenças foram relatadas nas variáveis de domínio pessoal. Na Tabela 9, apenas 8 variáveis apresentaram diferenças significativas. Este número diminui na Tabela 10, sendo apenas 6 variáveis indicando essas diferenças. De maneira geral, não houve diferença estatística em nenhuma variável de domínio ambiental.

As barreiras com maiores frequências observadas no grupo AP foram: “falta de companhia” (41,05%), “desmotivado”(39,36%), “falta de energia (36,17%)”, “medo de cair”(34,73%), “possuir doença ou lesão incapacitante”(34,74%). No grupo de NA as variáveis foram: “desmotivado” (53,23%), “precisa descansar no tempo livre” (50,92%), “falta de companhia” (49,85%), “falta de dinheiro” (36,11%), “falta de energia”(34,77%).

Vale destacar que, “medo de cair” e “possuir doenças ou lesões incapacitantes” são mais prevalentes no grupo de AP, já a “falta de dinheiro” e “precisa descansar no tempo livre” é mais prevalente no grupo de NA.

Em relação às análises entre homens e mulheres, ambos os grupos apresentaram diferenças estatísticas para “tempo livre suficiente”, “velho demais”, “saúde ruim”, “precisa descansar no tempo livre” e “medo de cair ou se machucar”. As barreiras mais prevalentes

em ambos os grupos, homens (AP e NA) e mulheres (AP e NA) foram: “falta de companhia”, “Precisa descansar no tempo livre” e “desmotivado”.

Reichert e colaboradores (2007), em estudo de base populacional na cidade de Pelotas – RS, destacaram que a falta de dinheiro e a necessidade de descansar foram as barreiras mais frequentes relatadas à AF.

Outro estudo realizado em uma cidade de médio porte do estado de São Paulo, analisou 79 idosos através do QBPAFI, onde os dados revelaram que a maior frequência de barreiras percebidas foram, "Suficientemente Ativo", "Muito Velho", "Necessidade de descanso" e "doença ou lesão incapacitante"(BRAZÃO et al., 2009).

De acordo com os resultados dos estudos encontrados na literatura, a percepção de QBPAFI parece ser diferente de acordo com a faixa etária e em relação ao NAF. O NAF parece modular à percepção de barreiras, uma vez observado que quanto maior o NAF, menor o número de barreiras percebidas (NASCIMENTO et al., 2008).

Em todas às análises do presente estudo a barreira mais prevalente foi: “falta de companhia”. Diante disso, podemos observar a importância e a necessidade de programas de AF onde as atividades são realizadas em grupos.

É importante salientar que o critério de escolha para compor as tabelas 10 e 11, a seguir, foi por serem as barreiras mais prevalentes neste estudo e nos estudos de Reichert et al. (2007), Brazão et al., (2009) e Sebastião (2009) citados anteriormente.

Tabela 9- Comparação, entre os grupos de homens (AP e NA), das frequências percentuais de cada uma das barreiras relatadas pelos participantes (n=270) do município de Rio Claro – SP, 2015.

Barreiras de Atividade Física - Sexo Masculino					
Barreiras de Atividade Física	AP	NA	X ²	p	Significância
	% (n)	% (n)			
Tempo livre Suficiente	77,36 (82)	58,00 (87)	9,52974	0,002022	**
Realiza atividade física suficiente	48,11 (51)	30,87 (46)	7,09678	0,007722	**
Falta de companhia dificulta a prática de atividade física	46,23 (49)	41,72 (63)	0,34709	0,555766	ns
Falta de dinheiro dificulta a prática de atividade física	25,47 (27)	29,14 (44)	0,25560	0,613161	ns
Velho demais pra fazer atividade física	22,64 (24)	03,35 (05)	20,98268	4,63E-06	**
Possui doença ou lesão que dificulta a prática de atividade física	26,41 (28)	16,66 (25)	3,02601	0,081939	ns
Saúde muito ruim	21,15 (22)	02,00 (03)	23,27927	1,4E-06	**
Muito tímido para praticar atividade física	11,32 (12)	09,93 (15)	0,02260	0,880492	ns
Experiência desagradável	02,83 (03)	08,00 (12)	2,14513	0,143023	ns
Instalações adequadas próximas de casa	83,96 (89)	77,48 (117)	1,26143	0,261381	ns
Precisa descansar no tempo livre	43,40 (46)	59,60 (90)	5,93111	0,014876	*
Desmotivado	38,68 (41)	46,36 (70)	1,19993	0,273336	ns
Medo de cair e se machucar	26,41 (28)	12,66 (19)	6,94208	0,008419	**
Gosta de fazer atividade física	78,30 (83)	76,66 (115)	0,02443	0,875799	ns
Falta de roupas e equipamento	05,66 (06)	08,00 (12)	0,22376	0,636193	ns
Desistiria logo	22,33 (23)	23,84 (36)	0,01656	0,897616	ns
Gordo ou magro pra praticar atividade física	15,09 (16)	08,61 (13)	2,00874	0,156396	ns
Falta energia	29,24 (31)	21,33 (32)	1,69084	0,193491	ns
Atividade física faz bem	99,06 (105)	98,01 (148)	0,02352	0,878119	ns
Falta de segurança no ambiente	20,75 (22)	11,92 (18)	3,05685	0,080397	ns
Clima desfavorável	14,15 (15)	07,28 (11)	2,51800	0,112553	ns

X² = valor do teste qui-quadrado.

Diferenças estatísticas significativas (p<0,05). ns = Não Significativo (> 0,05); ** = < 0,01; * = > 0,01 e < 0,05.

Tabela 10. Comparação, entre classificações socioeconômicas, das frequências percentuais de cada uma das barreiras relatadas por AP (n=205) do município de Rio Claro – SP, 2015.

Classificação Socioeconômica - Aposentados						
Barreiras de Atividade Física	Alta % (n)	Média % (n)	Baixa % (n)	X ²	p	Significância
	Tempo livre Suficiente	72,00 (54)	82,76 (48)			
Falta de companhia dificulta a prática de atividade física	41,33 (31)	47,46 (28)	55,55 (05)	0,954058	0,620625	ns
Falta de dinheiro dificulta a prática de atividade física	24,00 (18)	23,73 (14)	22,22 (02)	0,014138	0,992956	ns
Possui doença ou lesão que dificulta a prática de atividade física	32,00 (24)	32,20 (19)	22,22 (02)	4,938285	0,084657	ns
Precisa descansar no tempo livre	37,33 (28)	44,83 (26)	33,33 (03)	0,949827	0,621939	ns

X² = valor do teste qui-quadrado.

Diferenças estatísticas significativas (p<0,05). ns = Não Significativo (> 0,05); ** = < 0,01; * = > 0,01 e < 0,05.

Tabela 11. Comparação, entre classificações socioeconômicas, das frequências percentuais de cada uma das barreiras relatadas por NA (n=501) do município de Rio Claro – SP, 2015.

Classificação Socioeconômica - Não Aposentados						
Barreiras de Atividade Física	Alta % (n)	Média % (n)	Baixa % (n)	χ^2	p	Significância
Tempo livre Suficiente	60,59 (103)	62,04 (85)	78,57 (11)	1,775628	0,411554	ns
Falta de companhia dificulta a prática de atividade física	48,82 (83)	43,48 (60)	57,14 (08)	1,491175	0,474456	ns
Falta de dinheiro dificulta a prática de atividade física	27,81 (47) a	42,75 (59) b	42,86 (06) a b	7,875939	0,019488	*
Possui doença ou lesão que dificulta a prática de atividade física	15,88 (27)	23,36 (32)	35,71 (05)	4,938285	0,084657	ns
Precisa descansar no tempo livre	52,66 (89)	52,90 (73)	57,14 (08)	0,104528	0,949078	ns

X^2 = valor do teste qui-quadrado.

Diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$). ns = Não Significativo ($> 0,05$); ** = $< 0,01$; * = $> 0,01$ e $< 0,05$.

Como pode ser observado na tabela 10, não foi apontada nenhuma diferença estatística significativa, já a Tabela 11 apontou diferença no domínio “falta de dinheiro” entre as classes socioeconômicas (alta e média) no grupo de NA.

Alguns estudos sobre a percepção de BPAFI foram encontrados na literatura, onde as principais barreiras relatadas, especialmente para jovens foram “falta de tempo” e “falta de dinheiro” (SEBASTIÃO, 2009; BOOTH et al., 1997; BROWNSON et al., 2001; BOWLES et al., 2002; GALLAGHER et al., 2006). Enquanto para os mais velhos foram: “necessidade de descansar” e “possuir doença ou lesão incapacitante” (NASCIMENTO et al., 2008).

Apesar da barreira “falta de dinheiro” ser relatada como uma das barreiras mais prevalentes e apontar diferença estatística entre as classes socioeconômicas (alta e média) a mesma não foi observada na classe baixa. De acordo com (ODBEY et al., 1992; COHEN et al., 2007; POWELL et al., 2006) todos os estudos analisaram as barreiras e facilitadores à prática de AF em parques, e identificaram que os parques são frequentados em sua maioria por adultos mais velhos e com alto nível socioeconômico. Estes achados são corroborados com o presente estudo, pois como observado na figura 8, a classe alta apresentou NAF maior que a classe baixa apontando diferença estatística. Este dado chama a atenção para a classe baixa, onde a mesma parece perceber de maneira distinta o ambiente. Este fato se deve muitas vezes à falta de infraestrutura (parques, academias ao ar livre, quadras e outros ambientes públicos) que sejam adequadas ou propiciem à prática de AF próximas aos locais onde residem. Reichert et al. (2007) investigaram as barreiras associadas à inatividade física de lazer em adultos residentes em Pelotas-RS. As mulheres apresentaram maior prevalência em relação aos homens em todas as barreiras, menos na referente a “medo de se machucar”. Das oito barreiras contempladas no questionário utilizado para coleta, cinco mostraram-se associadas, após análise ajustada, com inatividade física. Vale destacar que, a investigação de

Reichert et al. (2007) foi realizada em um município com mais de 300 mil habitantes e com características climáticas bastante diferentes das encontradas em Rio Claro-SP. Outro diferencial são os fatores investigados, o estudo de Pelotas investigou somente barreiras pessoais. Sabe-se que o comportamento em relação à AF, além de variáveis de ordem pessoal, também sofre influência de variáveis ambientais que variam no tempo e no espaço. Sendo assim, a investigação de fatores pessoais e também ambientais e sua relação com a prática regular de AF, em uma cidade com menos de 200 mil habitantes e com características diferentes (clima, cultura, etc.) de Pelotas, é necessária, pois pode mostrar resultados diferentes das encontradas por Reichert et al. (2007) no sul do país.

No estudo de Cohen-Mansfield, Marx e Guralnik (2003), em idosos, em estudo realizado em Washington, foram observadas que problemas de saúde também fazem parte das barreiras para prática de AF. Em amostra de 235 indivíduos com idades de 74 a 85 anos, tais pesquisadores verificaram que somados a dores, os problemas de saúde foram relatados por 53,4%. Preguiça ou sem motivação (29,3%); muito ocupado ou sem tempo (25%); fadiga (11,6%), mau tempo (10,9%) e que não gostam de tal prática ou mencionaram outras barreiras (25,1%). É importante salientar que a locução “outras barreiras” faz menção a: problemas de família, não gostar de fazer exercícios sozinho, falta de instrutores, falta de planejamento, não gostar de perder peso, não sabem responder o porquê de não praticar, medo, sem interesse, sem companhia, limitação para a execução de atividades e o ambiente.

E como mencionado anteriormente, o instrumento utilizado agrega um número bastante grande de possíveis barreiras (21), o que possibilitou aos participantes um leque maior de escolhas, dando-lhes a oportunidade de elencar barreiras possivelmente não contempladas em outros estudos dificultando a comparação dos mesmos.

d) Análises de correlação e agrupamento

Análises de Correlação de Spearman

Tabela 12 - Correlação, entre Qualidade de Vida (SF-36) e Nível de Atividade Física (IPAQ), no grupo AP (n=205) do município de Rio Claro – SP, 2015.

Correlações - Qualidade de Vida x Nível Geral de Atividade Física (Aposentados)		
Qualidade de Vida	Correlação de Spearman (r)	Nível Geral de Atividade Física
Capacidade Funcional	r	0,53947
	p-valor	0,0001 **
Limitação por aspectos físicos	r	- 0,33042
	p-valor	0,0001 **
Dor	r	0,25784
	p-valor	0,0002 **
Estado Geral de Saúde	r	0,30531
	p-valor	0,0001 **
Vitalidade	r	0,39518
	p-valor	0,0001 **
Aspectos Sociais	r	0,34084
	p-valor	0,0001 **
Limitação por aspectos emocionais	r	0,13937
	p-valor	0,0463 *
Saúde Mental	r	0,20933
	p-valor	0,0026 **

Correlação Spearman

Diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$). ns = Não Significativo ($> 0,05$); ** = $< 0,01$; * = $> 0,01$ e $< 0,05$

Tabela 13 - Correlação, entre Qualidade de Vida (SF-36) e Nível de Atividade Física (IPAQ), no grupo de NA (n=501) do município de Rio Claro – SP, 2015.

Correlações - Qualidade de Vida x Nível Geral de Atividade Física (Não Aposentados)		
Qualidade de Vida	Correlação de Spearman (r)	Nível Geral de Atividade Física
Capacidade Funcional	r	0,2671
	p-valor	0,0001 **
Limitação por aspectos físicos	r	0,21311
	p-valor	0,0001 **
Dor	r	0,05736
	p-valor	0,2111 ns
Estado Geral de Saúde	r	0,19856
	p-valor	0,0001 **
Vitalidade	r	0,22749
	p-valor	0,0001 **
Aspectos Sociais	r	0,17799
	p-valor	0,0001 **
Limitação por aspectos emocionais	r	0,10366
	p-valor	0,0236 *
Saúde Mental	r	0,11529
	p-valor	0,0117 *

r= Correlação Spearman

Diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$). ns = Não Significativo ($> 0,05$); ** = $< 0,01$; * = $> 0,01$ e $< 0,05$.

Tabela 14- Correlação, entre Qualidade de Vida (SF-36) e Nível de Atividade Física (IPAQ), em mulheres aposentadas (n=98) do município de Rio Claro – SP, 2015.

Correlações - Qualidade de Vida x Nível Geral de Atividade Física (Mulheres Aposentadas)		
Qualidade de Vida	Correlação de Spearman (r)	Nível Geral de Atividade Física
Capacidade Funcional	r	0,49304
	p-valor	0,0001 **
Limitação por aspectos físicos	r	0,30140
	p-valor	0,0027 **
Dor	r	0,24188
	p-valor	0,0170 *
Estado Geral de Saúde	r	0,24193
	p-valor	0,0170 *
Vitalidade	r	0,49036
	p-valor	0,0001 **
Aspectos Sociais	r	0,28261
	p-valor	0,0050 **
Limitação por aspectos emocionais	r	0,03692
	p-valor	0,7196 ns
Saúde Mental	r	0,22442
	p-valor	0,0271 *

r= Correlação Spearman

Diferenças estatísticas significativas (p<0,05). ns = Não Significativo (> 0,05); ** = < 0,01; * = > 0,01 e < 0,05

Tabela 15- Correlação, entre Qualidade de Vida (SF-36) e Nível de Atividade Física (IPAQ), em mulheres não aposentadas (n=339) do município de Rio Claro – SP, 2015.

Correlações - Qualidade de Vida x Nível Geral de Atividade Física (Mulheres Não Aposentadas)		
Qualidade de Vida	Correlação de Spearman (r)	Nível Geral de Atividade Física
Capacidade Funcional	r	0,29847
	p-valor	0,0001 **
Limitação por aspectos físicos	r	0,20248
	p-valor	0,0002 **
Dor	r	0,12039
	p-valor	0,0295 *
Estado Geral de Saúde	r	0,23971
	p-valor	0,0001 **
Vitalidade	r	0,2162
	p-valor	0,0001 **
Aspectos Sociais	r	0,17349
	p-valor	0,0016 **
Limitação por aspectos emocionais	r	0,07625
	p-valor	0,1690 ns
Saúde Mental	r	0,06172
	p-valor	0,2658 ns

r= Correlação Spearman

Diferenças estatísticas significativas (p<0,05). ns = Não Significativo (> 0,05); ** = < 0,01; * = > 0,01 e < 0,05

Tabela 16- Correlação, entre Qualidade de Vida (SF-36) e Nível de Atividade Física (IPAQ), em homens aposentados (n=109) do município de Rio Claro – SP, 2015.

Correlações - Qualidade de Vida x Nível Geral de Atividade Física (Homens Aposentados)		
Qualidade de Vida	Correlação de Spearman (r)	Nível Geral de Atividade Física
Capacidade Funcional	r	0,53169
	p-valor	0,0001 **
Limitação por aspectos físicos	r	0,34081
	p-valor	0,0003 **
Dor	r	0,24058
	p-valor	0,0121 *
Estado Geral de Saúde	r	0,33862
	p-valor	0,0003 **
Vitalidade	r	0,31136
	p-valor	0,0010 **
Aspectos Sociais	r	0,34909
	p-valor	0,0002 **
Limitação por aspectos emocionais	r	0,20398
	p-valor	0,0342 *
Saúde Mental	r	0,16731
	p-valor	0,0835 ns

r= Correlação Spearman

Diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$). ns = Não Significativo ($> 0,05$); ** = $< 0,01$; * = $> 0,01$ e $< 0,05$

Tabela 17- Correlação, entre Qualidade de Vida (SF-36) e Nível de Atividade Física (IPAQ), em homens não aposentados (n=163) do município de Rio Claro – SP, 2015.

Correlações - Qualidade de Vida x Nível Geral de Atividade Física (Homens Não Aposentados)		
Qualidade de Vida	Correlação de Spearman (r)	Nível Geral de Atividade Física
Capacidade Funcional	r	0,09640
	p-valor	0,2406 ns
Limitação por aspectos físicos	r	0,11640
	p-valor	0,1561 ns
Dor	r	-0,14571
	p-valor	0,0752 ns
Estado Geral de Saúde	r	0,10440
	p-valor	0,2036 ns
Vitalidade	r	0,16147
	p-valor	0,0484 *
Aspectos Sociais	r	0,11712
	p-valor	0,1535 ns
Limitação por aspectos emocionais	r	0,09593
	p-valor	0,2429 ns
Saúde Mental	r	0,14003
	p-valor	0,0874 ns

r= Correlação Spearman

Diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$). ns = Não Significativo ($> 0,05$); ** = $< 0,01$; * = $> 0,01$ e $< 0,05$.

Conforme as Tabelas 12 e 13, onde são apresentadas as análises de correlação de *Spearman* entre as variáveis de QV e NAF, tanto no grupo AP quanto no grupo de NA, pode ser observado que houve diferença estatística significativa ($p < 0,05$) em todos os domínios, porém, as correlações foram consideradas muito fracas em quase todos os domínios, exceto em “capacidade funcional” na tabela 12 onde apresentou correlação fraca ($r = 0,53$).

Também foram realizadas análises de correlação em mulheres AP e NA, como mostram as Tabelas 14 e 15. De acordo com os resultados, foram apontadas diferenças significativas ($p < 0,05$) em todos os domínios. Da mesma forma que os resultados anteriores, as correlações foram consideradas muito fracas.

Já as Tabelas 16 e 17, apresentam as análises de correlação realizadas em homens AP e NA, houve diferenças significativas em quase todos os domínios, exceto para “saúde mental” em homens AP. Na Tabela 17, foi apontada diferença significativa somente no domínio “vitalidade”. Para ambos os grupos as correlações foram consideradas muito fracas em todos os domínios.

Em suma, como foi discutido nos resultados anteriores e que corroboram com outros resultados encontrados na literatura a “capacidade funcional” é a que mais se destaca nos resultados, parecendo ter maior relação com o NAF, podemos assim inferir que quanto maior NAF também é maior a capacidade funcional.

Análises de Wilcoxon Amostras Pareadas

As análises de Wilcoxon foram realizadas com AP que participaram nos dois momentos da pesquisa, sendo o primeiro momento a linha de base (2008) e o segundo momento o presente estudo (2014), podendo assim ser observada a diferença entre os dois realizados no mesmo par.

Tabela 18- Comparação de médias do Nível de Atividade Física – IPAQ em AP, entre os anos de 2008 e 2014 no município de Rio Claro – SP, 2015.

Nível de Atividade Física - Aposentados				
Domínios	Dados Coletados em 2008(média)	Dados Coletados em 2014(média)	p	Significância
Trabalho	139,506	89,639	0,9030	ns
Doméstico	663,938	116,867	0,0001	**
Lazer	100,663	109,651	0,3928	ns
Locomoção	373,735	63,036	0,0001	**
Nível Geral de Atividade Física	1209,296	379,193	0,0001	**

Diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$). ns = Não Significativo ($> 0,05$); ** = $< 0,01$; * = $> 0,01$ e $< 0,05$.

Conforme a Tabela 18, os dados dos AP em 2008 foram pareados com os dados coletados em 2014, (n=83) participantes. Podendo observar que houve diferença estatística significativa para NAF, assim como no domínio “doméstico” e “locomoção”. Revelando assim uma piora do NAF.

O tempo de aposentadoria aliado ao processo de envelhecimento pode influenciar de maneira significativa a piora do NAF. Cabe salientar que o domínio “locomoção” apresentou a maior diferença, seguido pelo “doméstico”. Alertando assim, que essas pessoas também podem ter dificuldades para realizar a atividades de vida diária.

Da mesma forma, a Tabela 19 mostra as diferenças para a variável de QV, nesta, apresentou diferença estatística somente no domínio “capacidade funcional” onde ocorreu a piora entre os anos de 2008 a 2014. Este resultado corrobora com o resultado da tabela anterior, pois a capacidade funcional esta fortemente relacionada ao NAF.

É de suma importância esta similaridade entre os resultados, podendo assim transformar os achados deste estudo em afirmações e informações ainda mais precisas e plausíveis.

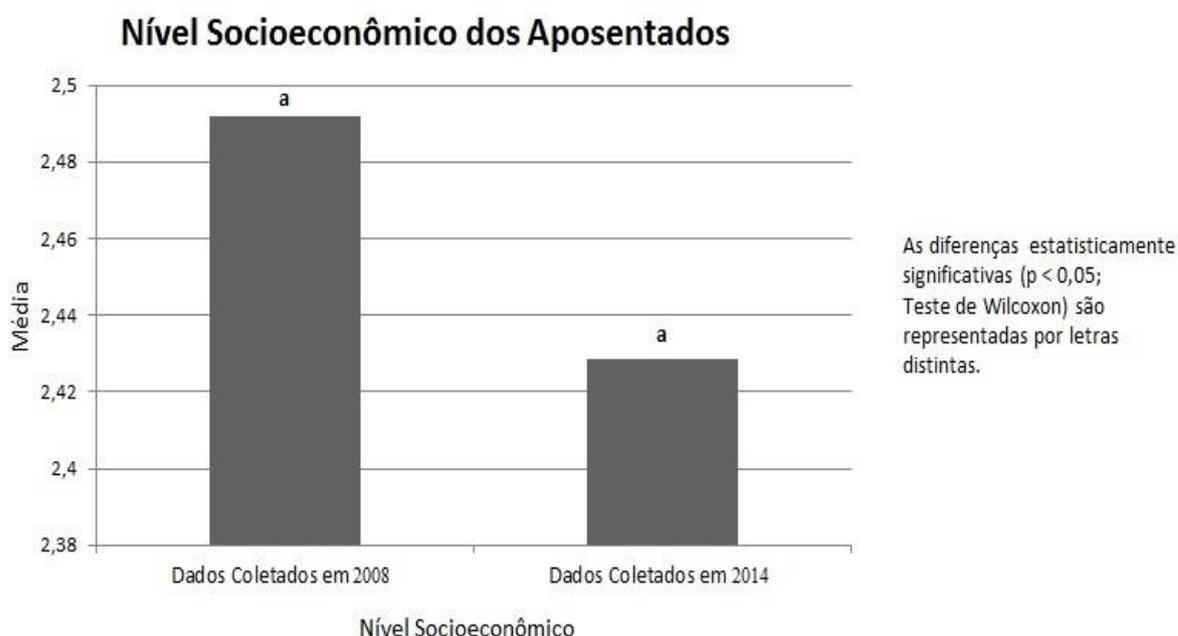
Tabela 19- Comparação de médias de Qualidade de vida em AP, entre os anos de 2008 e 2014 no município de Rio Claro – SP, 2015.

Qualidade de Vida - Aposentados				
	Dados Coletados em 2008 (média)	Dados Coletados em 2014 (média)	p	Significância
Capacidade Funcional	85,690	65,422	0,0010	**
Limitação por aspectos físicos	76,724	68,675	0,4719	ns
Dor	72,207	71,639	0,3036	ns
Estado Geral de Saúde	71,207	72,590	0,3388	ns
Vitalidade	56,379	61,446	0,2452	ns
Aspectos Sociais	80,603	75,602	0,2593	ns
Limitação por aspectos emocionais	87,333	83,534	0,5000	ns
Saúde Mental	60,552	60,482	0,4949	ns

Diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$). ns = Não Significativo ($> 0,05$); ** = $< 0,01$; * = $> 0,01$ e $< 0,05$.

Apesar das outras variáveis (NAF e QV) ter apontado diferença significativa apresentando a piora dessas variáveis, observou-se na figura 12 que não houve diferença estatística significativa ($p < 0,05$) para o nível socioeconômico de aposentados entre os anos de 2008 e 2014.

Figura 12- Comparação de médias do nível socioeconômico de AP, entre os anos de 2008 e 2014 no município de Rio Claro – SP, 2015.



Análises de Cluster

Como uma forma de condensar o trabalho, unindo as variáveis e extrapolando para um modelo de comportamento entre as categorias desta pesquisa, foi gerado um gráfico de Cluster conforme apresentado a seguir:

Figura 13- Análise de Cluster das variáveis de Nível de atividade física, Qualidade de vida e Barreiras à prática de atividade física, nos diferentes grupos.



Não basta conhecer informações estatísticas isoladas, mas é necessário também conhecer a totalidade destas informações fornecida pelo conjunto das variáveis. As relações existentes entre as variáveis não são percebidas e assim efeitos antagônicos ou sinérgicos de efeito mútuo entre variáveis complicam a interpretação do fenômeno a partir das variáveis consideradas. Este gráfico foi gerado através de uma análise entre as variáveis que objetivaram este trabalho (nível de atividade física, qualidade de vida e barreiras à prática de atividade física).

Conforme indicado pela imagem, pode-se observar que os grupos que mais se assemelham são AP2008-2014 e NA. A maior similaridade dentre os grupos citados possivelmente pode ser justificada pelas médias de idades destes grupos serem mais próximas e conseqüentemente ter comportamentos parecidos em relação às variáveis analisadas. Já o grupo AP2008 apresenta média de idade superior e maior tempo de aposentadoria podendo apresentar comportamentos distintos em relação às variáveis do estudo.

8 FORÇAS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo é um dos poucos nacionais, senão o único, a verificar a relação entre NAF e QV de aposentados em amostra de base populacional. Este ineditismo dificultou a comparação com resultados de outros estudos que pudessem ser similares. Em relação à amostragem, nosso estudo procurou, ao máximo, seguir o mesmo padrão ouro de seleção da linha de base. Porém, somente 60,6% dos participantes da amostra de 2008 foram entrevistados novamente. Mesmo assim, o número de participantes do presente estudo foi próximo ao estimado pelo cálculo amostral apresentado na metodologia.

A violência nas cidades e a insegurança da população pode ter sido um fator limitante neste estudo, onde muitas pessoas se recusaram a participar e/ou responder perguntas relativas a bens materiais, justificando parte das recusas e conseqüentemente das perdas amostrais.

Outra limitação do estudo foi a utilização de um método subjetivo para avaliar o nível de atividade física, especialmente em relação aos aposentados, em que o domínio “trabalho” está prejudicado. Para futuros estudos sugere-se a utilização de pedômetros ou acelerômetros.

Em relação à qualidade de vida, o uso de questionários, torna a avaliação susceptível a uma super ou subestimação das atividades realizadas nas quatro semanas que antecedem à entrevista. Embora o método tenha esse ponto negativo, devemos destacar que para estudos com grandes populações, este se apresenta como uma ótima alternativa em virtude do baixo custo e fácil aplicação (TEIXEIRA, 2012).

O processo de treinamento dos entrevistadores e o aplicativo desenvolvido para tablets para que os mesmos fossem utilizados nas coletas de dados, foi um ponto forte deste estudo e que vale ser destacado. Estes serviram para minimizar ao máximo possíveis erros nas entrevistas com os participantes, obter informações mais fidedignas e extinguir possíveis erros na plotagem dos dados. Lembrando que todos os dados e cadastros estão digitalizados, atualizados e seguramente arquivados para que estudos posteriores com a mesma amostragem possam ser realizados com maior praticidade.

Outro ponto a ser destacado é que o envelhecimento pode ser uma variável “confundidora” neste estudo, já que a chegada da aposentadoria normalmente acontece quando se está próximo aos 60 anos de idade, porém foi observado na amostra do presente estudo que havia participantes legalmente considerados idosos e não recebiam o benefício previdenciário. Estes estavam representados pelo grupo NA o qual foi comparado com o grupo AP, podendo assim isolar parcialmente esta variável “confundidora” e reforçar o poder dos resultados revelados neste estudo.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados aqui encontrados são bastante importantes, uma vez que por meio destes é possível elaborar estratégias e políticas de promoção da saúde voltadas especificamente para as necessidades da população estudada. De acordo com os principais resultados revelados neste estudo, os participantes que se aposentaram antes de 2008 apresentaram menor NAF e pior QV no domínio “capacidade funcional” e “aspectos sociais”, quando comparados a não aposentados. Em relação às análises pareadas, houve uma queda significativa do NAF de aposentados entre os anos de 2008 e 2014 (1209,26 pontos – 379,193 pontos) minutos/semana e da QV no domínio “capacidade funcional” (85,69 pontos - 65,422 pontos). Dessa forma, conclui-se que aposentados apresentaram condições piores quando comparados a não aposentados, e quando os participantes foram pareados também houve queda significativa dessas variáveis, revelando que existe influência da aposentadoria no NAF e QV, bem como no tempo de aposentadoria.

Os resultados do presente estudo poderão nortear as necessidades e a demanda de programas que devem ser incentivados e implantados em empresas e instituições, com apoio das políticas públicas de saúde, de esportes/lazer e de assistência social, juntamente com conselhos e associações municipais, a fim de minimizar os efeitos causados pela aposentadoria.

Diante disso, cabe ressaltar a importância de programas de preparação para aposentadoria que ofereçam novas alternativas e oportunidades para o planejamento desta nova etapa da vida, bem como atividades posteriores à transição da aposentadoria que possam atender as necessidades desta população, onde a atividade física regular possa fazer parte do cronograma dessas atividades, conforme a importância e os benefícios destacados na literatura que a mesma oferece para a promoção da saúde.

Tendo em vista a relevância desta temática e as lacunas que poderão ser preenchidas com o desdobramento de futuros trabalhos, cabe explorar ainda mais os dados do presente estudo em um novo projeto (doutorado) a fim de responder outros objetivos em várias vertentes que o estudo nos permite, e ainda ampliar o conjunto de dados e informações sobre esta temática para a população de uma cidade de médio porte.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Hagerstown, v. 30, p. 975 – 991, 1998.

ALVES, L.C.; LEITE, I.C.; MACHADO, C.J. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 utilizando o método grade of membership. **Cad Saúde Pública** 2008; 24:535-46.

AINSWORTH, B. Issues in the assessment of physical activity in woman. **Res Q Exerc Sport** 2000;71:37-42.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critérios de classificação econômica Brasil**. Disponível em: <www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf>. Acesso: Maio, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS ENTIDADES FECHADAS DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR (ABRAPP). **Os riscos da transição para aposentadoria**. Fundos de Pensão, n. 287, ano XXII, p.37-40, Set.2003

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. Position stand on the recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in adults. **Med. Sci. Sports Exerc.**, v. 30, p. 975-991,1998b.

BARNETT, I.; GUELL, C.; OGILVIE, D. The experience of physical activity and the transition to retirement: a systematic review and integrative synthesis of qualitative and quantitative evidence. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v.9, n.97, p. 1-10, 2012.

BARROS, M. M. L. **Velhice ou terceira idade?** 2a ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2000.

BRASIL. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências** [texto na Internet]. Brasília; 1994.[citado 2005 Maio 18]. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm>. Acesso em: 27 de mar., 2014.

BRASIL. Lei 10.741, 1 de outubro de 2003. Disponível em: **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências** [texto na Internet]. Brasília. Disponível em:< [http:// www.planalto.gov.br/ccivil/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/2003/L10.741.htm) > Acesso em março de 2014.

BRASIL. Lei n.8.213, de 24 de julho de 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm>. Acesso em 10 de maio., 2015.

BRAZÃO, M. C.; HIRAYAMA, M. S.; GOBBI, S; NASCIMENTO, C. M. C. et al. Estágios de mudança de comportamento e barreiras percebidas à prática de atividade física em idosos residentes em uma cidade de médio porte do Brasil. **Rev. Motriz educ. fís.**15(4):759-767, 2009.

BERNHOEFT, R. Valores do executivo e seu despreparo para a aposentadoria. In: DORSEY, A. et al. **Disfunções do comportamento na organização e como tratá-las**. São Paulo: IBECOM, 1987. p. 49-83.

BRÊTAS, A.C.P. Cuidadores de idosos e o Sistema Único de Saúde. **Rev Bras Enf** 2003; 56 (3): 298-301.

BOOTH, M.L.; BAUMAN, A.; OWEN, N.; GORE, C. J. Physical activity preferences, preferred sources of assistance, and perceived barriers to increased activity among physically inactive Australians. **Preventive Medicine**, v.26, n.1, p. 131-137,1997.

BROW, W.J.; MILLER, Y.D. Too wet exercise? Leaking urine as a barrier to physical activity in women. **Journal of Science and Medicine in Sports**, v.4, n.4, p. 373-378, 2001.

BROUSSE C., BOISAUBERT B. Quality of life and escales measuring. *R. Méd. Int.* 2007;28:58-462.

CELICH, K.L.S. **Domínios de qualidade de vida e capacidade para a tomada de decisão em idosos participantes de grupos de terceira idade** [tese]. Porto Alegre (RS): PUCRS/Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica - Instituto de Geriatria e Gerontologia;2008.

CAUDROIT, J.; STEPHAN, Y.; SCANFF, C. Social cognitive determinants of physical activity among retired older individuals: An application of the health action process approach. **British Journal of Health Psychology**, Oxford; n.16 p.404-417,2011.

CAMARANO, A. A.; BELTRÃO, K. **A dinâmica populacional brasileira e a previdência social: uma descrição com ênfase nos idosos** (01/99). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas/IBGE, 1999.

CARVALHO, J. A., WONG, L. R. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, n. 3, p. 597-605, mar, 2008.

CASPERSEN, C.J.; POWELL, K.E.; CHRISTENSON, G.M. Physical activity, exercise and physical fitness. **Public Health Reports**, v.100, n.2, p.126-131, 1985.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, v.31, n.2, p.184-200, 1997.

CHOI, N. G. Determinants of self-perceived changes in health status among pre-and early-retirement populations. **International Journal Aging and Human Development**, v.56, n.3, p.197-222, 2003.

COHEN, D.A.; MCKENZIE, T.L.; SEHGAL, A. et al. Contribution of public parks to physical activity. **American journal of public health**. New York, v. 97, n. 3, p.509-14, 2007.

COSTA, R.S.; WERNECK, G.L.; LOPES, C. S. et al. Associação entre fatores sociodemográficos e prática de atividade física de lazer no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(4):1095-1105, jul-ago, 2003.

COONS, S.J.; RAO, S.; KEININGER, D.L. A comparative review of generic quality of life instruments. *Pharmacoeconomics* 2000;17:13-35.

DIAS-DA-COSTA, J.S.; HALLAL, P.C.; WELLS, J.C.K. et al. Epidemiology of leisure-time physical activity: a population-based study in southern Brazil. **Cad Saúde Pública** 2005; 21:275-82.

DUNCAN, B.B.; STEVENS, A.; SCHMIDT, M.I.; Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2010 e tendências de 1991 a 2010. In: **Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2011**. Brasília, DF; 2012. p.95-103

EKERDT, D. J.; BADEN, L.; BOSSI, R.; DIBBS, E. The effect of retirement on physical health. *American Journal of Public Health*, v.73, n.7, p.779-783, 1983.

EMILIANO, N. Aposentadoria, o Idoso e a Família. Disponível em: <<http://www.portaldafamilia.org/artigos/artigo368.shtml>. Acesso em 07/04/2008>. Acesso em: Fevereiro de 2014

FRANÇA L. **Repensando Aposentadoria com Qualidade: um manual para facilitadores de programas de educação para aposentadoria em comunidades**, Universidade Aberta da Terceira Idade, 2002.

FRANÇA, L. H.; VAUGHAN, G F. P. Ganhos e perdas: atitudes dos executivos brasileiros e neozelandeses frente à aposentadoria. **Psicologia em Estudo**, vol.13, n°2, Maringá, Abr./Jun.2008.

FREITAS, C.S.; MEEREIS, E.C.W.; GONÇALVES, M.P.; Qualidade de vida de idosos ativos e insuficientemente ativos do município de Santa Maria (RS). **Revista Kairós Gerontologia**, 2014; 17(1), p.57-68.

FLECK, M.P.A.; LEAL, O.F.; LOUZADA, S. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). **Rev. ABP/APAL**. 1999;21(1):19-28.

FIEDLER, M.M.E.; PERES, K.G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**. 2008;24(2):409-415.

FONSECA, A.M.; PAÛL, C. Saúde e qualidade de vida ao envelhecer: perdas, ganhos e um paradoxo. **Geriatrics e Gerontologia**. 2008;2(1):32-7.

FORD, E. S.; MERRITT, R. K.; HEATH, G. W.:. Physical activity behaviors in lower and higher socioeconomic status populations. **American Journal of Epidemiology**. 1991; 133:1246-1256.

FLORINDO, A.A.; GUIMARÃES, V.V.; CESAR, C.L.G. et al. Epidemiology of leisure, transportation, occupational and household physical activity: prevalence and associated factors. **J Phys Act Health**. 2009;6:625-32 .

FLORINDO, A.A.; HALLAL, P.C., MOURA, E.C. et al. Practice of physical activities and associated factors in adults, Brazil, 2006. **Rev Saúde Pública** 2009;43(Supl 2):65-73 .

GABRIEL, J. R. **Saúde mental e aposentadoria**. 1984. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica), São Bernardo do Campo, 1984.

GARUFFI, M.; GOBBI, S.; HERNANDEZ, S. S. S. et al. Atividade física para promoção da saúde de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**; v 16; n 1; p. 80 – 83; 2011.

GOBBI, S.; VILLAR, R.; ZAGO, A.S. **Bases teórico-práticas do condicionamento físico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

GODBEY, G.; GRAEFE, A.; JAMES, S. **The benefits of local recreation and park services: a nationwide study of the perceptions of the American public**. Ashburn VA: National Recreation and Park Association, 1992.

GUIMARÃES, A.C.A.; SILVA, F.B., SOARES, A., et al. Physical Activity, Perceived Health and Quality of Life of Elderly. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**; v 15; n 4; p.

393-398; 2011.

GUYATT, G.H.; THOMPSON, P.J.; BERMAN, L.B. How should we measure function in patients with chronic heart and lung disease? *J. Chron. Dis.* 1997;38:517-24.

HARDY, S.; GROGAN, S.; Preventing disability through exercise: investigating older adults' influences and motivations to engage in physical activity. ***Journal Health Psychol.*** 2009; 14:1036-46.

HADDAD, E.G.M. **O direito à velhice: os aposentados e a previdência social.** São Paulo: Cortez, 1993.

HALLAL, P.C.; VICTORA, C.G.; WELLS, J.C.K. et al. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. ***Med Sci Sports Exerc***, v.35, n.11, p. 1894-1900, 2003.

HEBLING, L.F.N.; COSTA, J.L.R.; COSTA, A.C. Política Municipal do Idoso em Rio Claro/SP. In: COSTA ROSA, T.E. **Velhices: experiências e desafios nas políticas do envelhecimento ativo.** São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

HERZOG, A. R.; HOUSE, J. S.; MORGAN, J. N. Relation of Work and Retirement to Health and Well-Being in Older Age. ***Psychology and Aging***, v.6, n.2, p.202-211, 1991.

HOLTZMAN, J. M.; BERMAN, H.; HAM, R. Health and early retirement decisions. ***Journal of the American Geriatrics Society***, v.28, n.1, p.23-28,1980.

HARMAN, W.; HORMANN, J. O Colapso do velho paradigma. In: **O novo paradigma nos negócios: estratégias emergentes para liderança e mudança organizacional.** São Paulo: Cultrix, 1996.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR) . **Síntese dos Indicadores Sociais** Uma análise das Condições de Vida da População Brasileira 2013. Disponível em< http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicadores2013/indic_sociais2013.pdf>. Acesso em: maio de 2015.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). **Projeção da população do Brasil por sexo e idade: 1980-2050 - Revisão 2012**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao/populacao/2012>>. Acesso em: maio de 2015.

INTERVENTION TO OPTIMIZE BODY COMPOSITION IN AGING. In: HARMAN D. et al. Towards prolongation of the healthy life span. **Annals of the New York Academy of Sciences**. v. 854. New York: New York Academy of Sciences, 1998b. p. 378-393.

INCA **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

INTERNACIONAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE (IPAQ). Disponível em: <<http://www.ipaq.ki.se.htm>> . Acesso em: Set. 2014.

INSS **Instituto Nacional de Seguridade Social**. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/noticias/rgps-previdencia-social-alcanca-marca-de-32-milhoes-de-beneficios/>> Acesso em: Abril,2015.

JAYASHREE, V. R. Effects of work status on adjustment and the life satisfaction of the elderly. Lucknow, **Indian Journal of Clinical Psychology**, v. 18, n. 2, p. 41-44, 1991.

KALACHE, A. **Pensamento nacional corporativo: efeito Copacabana**. HSM Management, n.74,p.110-113, 2009. Disponível em: <http://www.hsm.com.br/revista/pensamento-nacional-corporativo-efeito-copacabana>. Acesso em: 26 de mar., 2014.

KALACHE, A.; KICKBUSCH, I. “A global strategy for healthy ageing”. World Health. (4). 1997; Julho-Agosto, 4-5.

KATZ, J.N.; LARSON, M.G.; PHILLIPS, C.B. Comparative measurement sensitivity

of short and longer health status instruments. *Med. Care* 1992;30:917-25.

KEMPER, H. The natural history of physical activity and aerobic fitness in teenagers. In: DISHMAN, R. ed. **Advances in exercise adherence**. Champaign: Human Kinetics; 1994. P. 293-318.

LAHTI, J. et al. Changes in leisure-time physical activity after transition to retirement: a follow-up study. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, London, v.8 n.36 p.2-8, 2011.

LEE, Y.; HUNG, W. The relationship between exercise participation and well-being of the retired elderly. **Ageing & Mental Health**, Taipei, Taiwan, v.15, n.7, p.873-881,2011.

LEITE, R. C. B. O. **O idoso dependente em domicílio** [tese]. Salvador: Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia; 1995.

LIMA-COSTA, M.F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento [Editorial]. **Cad. Saúde Pública**. 2003; 19:700.

LAHTI, J. et al. Changes in leisure-time physical activity after transition to retirement: a follow-up study. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, London, v.8 n.36 p.2-8, 2011.

MARTINS, M.O. **Estudo dos fatores determinantes da prática de atividades físicas de professores universitários**. Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação em Educação física da Universidade Federal de Santa Catarina. Mar, 2000.

MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.R.; ARAUJO, T. et al. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Rev. Bras. Cienc. e Mov.** 10(4), 2002. p.41-50.

MEIN, G.; MARTIKAINEN, P.; STANSFELD, S. A.; BRUNNER, E. J.; FUHRER, R.; MARMOT, M. G. Predictors of early retirement in British civil servants. **Age and Ageing**,

v.29, n.6, p.529-536, 2000.

MENSINK, G. B. M. LOOSE, N. & OOMEN, C. M. Physical activity and its association with other lifestyle factors. **European Journal of Epidemiology**. 1997. 13:771-778.

MENAI, M. et al. Changes in Sedentary Behaviours and Associations with Physical Activity through Retirement: A 6-Year Longitudinal Study. **Plos One**. 9 (9). 2014 .p. 1-8.

MENDES, M. R. S. S. B. **O cuidado com os pés: um processo em construção** [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

MORENO, A.B.; FAERSTEIN, E.; WERNECK, G.L. et al. Propriedades psicométricas do Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**. 2006;22(12):2585-2597.

MOREIRA, M. M. S. **Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2000. 107 f.

MCHORNEY, C. A. et al. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. **Medical Care**, Philadelphia, v. 32, n. 1, p. 40-66, jan., 1994.

NASCIMENTO, C.M.C.; GOBBI, S.; HIRAYAMA, M. S. et al. Nível de atividade física e as principais barreiras percebidas por idosos de Rio Claro. **Rev. da Educação Física/UEM** Maringá, v. 19, n. 1, p. 109-118, 1. 2008.

NERI AL. Velhice e qualidade de vida na mulher. In: Neri AL (Org. organizadora) **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. ed.3. Campinas: Papirus; 2007. p.161-203.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **World population Ageing 2009**, 2010. Disponível em

http://www.un.org/esa/population/puplications/WPA2009/WPA2009_WorkingPaper.pfd.

Acesso: 20 de mar., 2014.

OLIVEIRA, J. C. **Aposentadoria – um caminho que nem sempre leva o caminhante ao melhor lugar**. Belo Horizonte: Cultura, 2001. 271 p. il.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 1998. **Apresenta texto sobre promoção de saúde**. Glossário. Genebra: OMS; 1998. Life Res. 2001; 9(10): 1093-104.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 1998. **Apresenta texto sobre promoção de saúde**. Glossário. Genebra. Disponível em: <http://www.oms.org.br>. Acesso em: 26 de março, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Growing Older. Staying well. Ageing and Physical Activity in Everyday Life**. Preparado por Heikkinen, R. L. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Report of the Second World Assembly on Ageing**. Document A/CONF.197/9. New York: UN, 2002.

PAPALÉO NETO, M. Autonomia e independência. In: **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996, p.313-30

PARDINI, R.; MATSUDO, S.; MATSUDO, V. et al. Validation of International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): pilot study in Brazilian Young adults. **Med Sci Sports Exerc**, v.29, n.6, p. S5-S9, 2001.

PATE, R.R.; PRATT, M.; BLAIR, S.N. 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.

PATERSON, H.D.; WARBURTON, E.R. Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines, International. **Journal of Behavioral Nutrition and physical activity**, 2010, 7:38.

PARAHYBA, M. I., VERAS, R.P. Diferenciais epidemiográficos no declínio funcional em mobilidade física entre idosos no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.4,p.1.257-64, 2008.

PAVAN AP. **Avaliação da qualidade de vida e tomada de decisão em idosos participantes de grupos socioterápicos da cidade de Arroio do Meio, RS/Brasil** [dissertação] Porto Alegre (RS): PUCRS/Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica; 2008.

PIMENTA, F. A. P. et al. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. **Rev Assoc Med Bras**, v. 54, n. 1, p. 55-60, 2008.

POWELL, L.M.; SLATER, S.; CHALOUPKA, F.J.; HARPER, D. Availability of physical activity- related facilities and neighborhood demographic and sociodemographic characteristics: A national study, **American journal of public health**. New York, v. 96, n. 9, p. 1676–1680, 2006

PORTAL BRASIL. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2014/05/confira-os-tipos-de-aposentadoria-existent-no-brasil>>. Acesso em: 10 de maio de 2015.

REICHERT, F.F.; BARROS, A.J.D, DOMINGUES, M.R. et al. The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity. **Am J Public Health**. 2007; 97(3):515-19.

RODRIGUES, N.C.; TERRA, N.L.T. **Gerontologia social para leigos**. Porto Alegre: ed. IPUCRS, 2006. p. 94.

SAMPAIO, R. F. et al. Análise das Aposentadorias por incapacidade permanente entre os trabalhadores da Universidade Federal de Minas Gerais no período de 1966 a 1999 – Belo Horizonte/MG, **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo v.49. n.1. p.60-66, 2003.

SANTOS, M. F. S. . **Identidade e aposentadoria**. São Paulo: EPU, 1990.

STATISTICAL ANALYSIS SYSTEM INSTITUTE – SAS. SAS/QC software: usage and reference. Version 6. 2 ed. Cary, 1996. Disponível em: <<http://support.sas.com/documentation/cdl/en/statug/63962/HTML/default/viewer.htm#titlepage.htm>>. Acesso em 25 de junho de 2015.

SEIDL. E.M.F.; ZANNON. C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Públ.* mar./abr. 2004;20(2):580-8.

SERENIKI, A.; VITAL, M.A.B.F. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. **Rev. psiquiatr.** Rio Gd. Sul, Porto Alegre , v. 30, n. 1, supl. 2008.

SLINGERLAND, A.S.; VAN LENTHE, F.J.; JUKEMA, J.W. et al. Aging, retirement, and changes in physical activity: prospective cohort findings from the GLOBE study. **Am J Epidemiol** 2007;165:1356–63.

SOARES, D.H.P. et al. **Aposenta-ção: programa de preparação para aposentadoria**. **Revista Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 12, p. 143-161, 2007.

SJÖSTEN, N. et al. Change in physical activity and weight in relation to retirement: the French GAZEL Cohort Study. **BMJ Open. London**, v.2, n. (e000522): p.1-11, 2011.

SPEED, F. M; HOCKING, R. R. The use of the R-notation with unbalanced data. **The American Statistician**. v. 30, n.1, p.30-33,1976.

SCHUTZER, K.A.; GRAVES, B.S. Barriers and motivations to exercise in older adults. **Prev Med**, v.39, n.5, p. 1056-1061, 2004.

SCHMIDT, M.I; DUNCAN, B.B; AZEVEDO e SILVA, G. et al. Chronic noncommunicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, 2011; v. 377, n.9781, p.1949-61.

TEIXEIRA, I.P; **Percepção do ambiente comunitário e a prática de atividade física em adultos residentes em Rio Claro –SP.** [dissertação] Programa de Pós-Graduação Ciências da Motricidade- UNESP, 2012.

TOMAZ, P.M.D.; COSTA, T.H.M.; SILVA, E.F. et al. Factors associated with physical activity in adults in Brasília, Central West Brazil. **Rev. Saúde Pública**, 2010; v.44, n.5, p.894-900.

TOSCANO, J.J.O.; OLIVEIRA, A.C.C. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. **Rev. Brasileira Médica do Esporte**, 15(3), 169-173.

U.S Department of Health and Human Services, Public Health Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Division of Nutrition and Physical Activity. **Promoting Physical Activity: A Guide for Community Action.** Champaign, IL: Human Kinetics, 199

VERAS, R. P. et al. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 42, n. 3, p. 497-504,2008.

VERAS, R. P. et al. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.1.119-26, 2008.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 423-32, abr-jun, 2004.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública** 2009; v.43, p.548-54.

VIEIRA, E. B. **Manual de gerontologia: um guia teórico prático para profissionais, cuidadores e familiares.** Rio de Janeiro: Revinter; 1996.

VIRTUOSO, J.F.; BALBÉ, G.P.; MAZO, G.Z.; Morbidade e mortalidade da população idosa de Florianópolis: um estudo comparativo entre homens e mulheres. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, 2010; 13(2):215-223.

WARE, J.E.; SHERBOURNE, C.D. The MOS – 36 item Short Form Health Survey (SF – 36) conceptual framework and item selection. **Med Care** 1992; v.30, p.473-483.

WITCZAK, M.V.C. **Envelhecer ao aposentar-se: discutindo a aposentadoria masculina, o envelhecer e o subjetivar.** Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2005.

ZANELLI, J. C.; SILVA, N. **Programa de preparação para aposentadoria.** Florianópolis: Insular, 1996.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice: aspectos biopsicossociais.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.Artes Médicas Sul; 2000.

APÊNDICE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/12)

Convidamos o senhor (a), como morador do Município de Rio Claro, a participar de uma pesquisa intitulada: “NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS APOSENTADOS, RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE RIO CLARO-SP”. Esta pesquisa faz parte de um projeto mais amplo intitulado “Prevalência e fatores associados à atividade física no município de Rio Claro-SP”. O objetivo principal do estudo é analisar o nível de atividade física e qualidade de vida de aposentados residentes no município de Rio Claro - SP. O projeto é de responsabilidade de Pollyanna Natalia Micali, Rg. SP 43.179.682 8, aluna da Pós-Graduação da UNESP (Mestrado), sob Orientação de José Luiz Riani Costa, professor da Universidade Estadual Paulista – UNESP – Campus Rio Claro, situada à Avenida 24-A, 1515 – Bela Vista, CEP: 13506-900, telefones (19) 3526-4312 e (19) 98170-7772. O senhor(a) foi selecionado para participar desse estudo e responderá a 9 questionários similares aos que respondeu há 5 anos (2007/2008).

A sua participação é de grande importância, pois, através das informações colhidas poderemos avaliar alguns fatores associados à prática de atividade física da população rio-clarense e a partir desses resultados poderemos avaliar as melhores estratégias para melhorar a qualidade de vida dessa população. Caso o senhor(a) aceite participar desse estudo, será solicitado que responda a 9 questionários com informações detalhadas sobre sua idade, estado civil, renda, escolaridade, prática de atividade física, hábitos de vida, saúde e qualidade de vida. Esses questionários serão aplicados por um entrevistador em sua própria residência. Esse entrevistador recebeu treinamento para entrevistá-lo e é capaz de responder suas dúvidas. A participação é voluntária e a eventual recusa em participar, seja ela em qualquer momento da pesquisa, não lhe provocará nenhum dano ou punição. Sua participação não gerará nenhum custo e o Sr(a) também não será remunerado pela participação.

Todas as informações coletadas, inclusive seus dados pessoais, serão confidencialmente estudadas e serão utilizadas somente para fins de pesquisa. Os riscos que os participantes correm são relativos a um possível constrangimento referente a alguma pergunta realizada pelo entrevistador, porém esses riscos são minimizados, pois o participante pode, a qualquer momento, se negar a responder qualquer pergunta que não lhe seja conveniente.

Não há benefícios diretos para o participante da pesquisa, no entanto os conhecimentos gerados a partir da pesquisa poderão beneficiar idosos em geral ou aposentados.

Após as explicações e leitura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, se alguma dúvida persistir ou se o senhor (a) julgar necessárias informações adicionais sobre qualquer aspecto deste projeto de pesquisa sinta-se à vontade para perguntar ao entrevistador ou entre em contato com os pesquisadores acima citados. Se houver necessidade, o senhor (a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética do IB pelo telefone 3526-9678.

Se o Sr(a) se sentir suficientemente esclarecido sobre essa pesquisa, seus objetivos, eventuais riscos e benefícios, convido-o(a) a assinar este Termo, elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o Sr(a) e outra com os pesquisadores.

Pesquisador(a) Responsável: Pollyanna Natalia Micali.

Cargo/função: Aluna de Pós Graduação em Ciências da Motricidade

Instituição: UNESP – Rio Claro

Endereço: Av. 24-A, 1.515 – Bela Vista - Rio Claro-SP

Dados para Contato: fone 3526-4312 ou 98170-7772. e-mail: pollyannamicali@bol.com.br

Orientador: Prof. Dr. José Luiz Riani Costa

Instituição: UNESP – Rio Claro

Endereço: Av. 24-A, 1.515 – Bela Vista - Rio Claro-SP

Dados para Contato: fone 3526-4337 e-mail: riani@rc.unesp.br

Dados do participante da pesquisa:

Nome: _____ RG: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Sexo: M () / F () Telefone: (___) _____

Endereço: _____

Rio Claro, ___ de _____ de 2014.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisado

ANEXOS

BLOCO A

QUESTIONÁRIO DOMICILIAR/ IDENTIFICAÇÃO

QUESTIONÁRIO SOBRE APOSENTADORIA

QUESTIONÁRIO SOBRE QUALIDADE DE VIDA SF-36

QUESTIONÁRIO SOBRE NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ)

QUESTIONÁRIO SOBRE BARREIRAS PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

QUESTIONÁRIO SOBRE DOENÇAS

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

QUESTIONÁRIO SOBRE ALIMENTAÇÃO

QUESTIONÁRIO DOMICILIAR/ IDENTIFICAÇÃO

Número do setor: _____

Número do domicílio: _____

Número da pessoa no domicílio: _____

Data da coleta: ___/___/___

Horário de início da entrevista: _____:_____

Nº do entrevistador: _____

Gênero: (0)F (1)M(observado)

A1) Qual seu nome?

A2) Qual sua data de nascimento? ___/___/___

A3) - Qual foi a cidade que o (a) Sr. (a) nasceu? _____

A4) Qual sua idade? _____ anos

A5) Qual seu peso? _____ kg

A6) Qual sua estatura? _____ cm

A7) Qual seu estado civil?

(0) solteiro (a) (1) casado (a) (2) viúvo (a) (3) divorciado (a) (4) amasiado (a)

A8) A casa do (a) Sr. (a) possui telefone fixo?

(0) Não Sim Qual o número? _____

A9) Existe algum outro número de telefone ou celular para que possamos entrar em contato com o (a) Sr. (a)?

(0) Não Sim Quais números? _____ / _____

QUESTIONÁRIO SOBRE APOSENTADORIA

A10) O Sr.(a) é aposentado?

(1) Sim (2) Não (pular para questão 16)

A11) Qual a data da aposentadoria? ____/____/____

A12) Qual a causa da aposentadoria?

(1) Invalidez (2) Compulsória (3) Tempo de serviço (4) outra _____

A13) Faz algum tipo de trabalho após a aposentadoria?

(1) Sim (2) Não (3) Remunerado (4) Não-remunerado

A14) Depois da aposentadoria o Sr.(a) pratica mais ou menos atividade física?

(1) Mais (2) Menos (3) igual

A15) O Sr.(a) desenvolveu algum tipo de doença após aposentar-se?

(0) Não (1) Artrite/Artrose/ Reumatismo (2) Problemas cardíacos (3) Diabetes Tipo I (4) Diabetes Tipo II (5) Osteoporose (6) Embolia/ Derrame (7) Tumor maligno (8) Lombalgia/ Dor nas costas (9) Depressão (10) Outra: _____

A16) O (a) Sr. (a) trabalha de forma remunerada:

(0) Não- **Vá para a questão A18**

Sim -(1) Autônomo ou profissional liberal

(2) Bicos sem registro ou contrato de trabalho

(3) Proprietário do negócio

(4) Empregado – Carteira assinada ou contrato de trabalho

(9) BRC

A17) Quantas horas Sr. (a) trabalha por semana: _____ h (88) NSA (99) BRC

A18) Qual foi o seu último ano de estudo?

(1) Nenhum ou primário incompleto

(2) Até a 4ª série (antigo primário) ou ginásial (1º grau) incompleto

(3) Ginásial (1º grau) completo ou colegial (2º grau) incompleto

(4) Colegial (2º grau) completo ou superior incompleto

(5) Superior completo

(9) BRC

A19) O (a) Sr. (a) fuma ou já fumou cigarro, charuto ou cachimbo?

(0) Não, nunca fumou – **Vá para a questão A22**

(1) Sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês)

(2) Já fumou, mas parou de fumar.

(9) BRC

A20) Há quanto tempo Sr. (a) fuma (ou fumou durante quanto tempo)?

_____anos _____meses(88/88)NSA (99/99) BRC

A21) Quantos cigarros o(a) Sr.(a) fuma ou fumava por dia?

_____ cigarros (88) NSA(99) BRC

AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE ATIVIDADE FÍSICA NO SEU DIA A DIA

As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em **1 semana normal/usual ou habitual.**

Para responder as questões lembre que:

- Atividades físicas **vigorosas** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais rápido que o normal

- Atividades físicas **moderadas** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais rápido que o normal

EM TODAS AS PERGUNTAS, RESPONDA SOMENTE SOBRE AQUELAS QUE DURAM PELO MENOS **10 MINUTOS CONTÍNUOS**

AGORA EU GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) PENSASSE APENAS NAS ATIVIDADES QUE FAZ QUANDO ESTÁ “**TRABALHANDO**”.

B2) Atualmente você trabalha ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?

(0) Não- vá para questão B9 (1) Sim (9) BRC

B3) Quantos dias por semana o(a) Sr(a) faz atividades físicas VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos no seu trabalho? Por ex.: trabalhar em obras, levantar e carregar objetos pesados, trabalhar com enxada, etc.

(0) Nenhum – vá para a questão B5 (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias

(8) NSA (9) BRC

B4) Nos dias em que o(a) Sr(a) faz estas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia?

___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ = _____ minutos por semana (88888) NSA

1 2 3 4 5 6 7

(99999) BRC

B5) Quantos dias por semana o(a) Sr(a) caminha no seu trabalho por pelo menos 10 minutos contínuos?

(0) Nenhum – vá para a questão B7 (1)(2) (3) (4) (5) (6) (7) dias

(8) NSA(9) BRC

B6) Nos dias em que o(a) Sr(a) caminha, quanto tempo no total duram essas caminhadas por dia?

___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ = ___ minutos por semana (88888) NSA
 1 2 3 4 5 6 7

(99999) BRC

B7) Quantos dias por semana o(a) Sr(a) faz outras atividades físicas de intensidade MODERADA por pelo menos 10 minutos contínuos fora as caminhadas no seu trabalho? Por ex.: carregar objetos leves, varrer, aspirar, etc.

(0) Nenhum – vá para a instrução acima da pergunta B9

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias(8) NSA (9) BRC

B8) Nos dias em que o(a) Sr(a) faz estas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia?

___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ = ___ minutos por semana(88888) NSA
 1 2 3 4 5 6 7

(99999) BRC

AGORA EU GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) PENSASSE APENAS NAS ATIVIDADES QUE FAZ QUANDO ESTÁ NO “QUINTAL DA SUA CASA, CHACARA, TERRENO”, COMO TRABALHAR NO JARDIM OU

VARRER O QUINTAL.

B9) Quantos dias por semana o(a) Sr(a) faz atividades físicas VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos no quintal, na chácara ou jardim da sua casa? Por ex.: carregar objetos pesados, capinar, cortar lenha, cavar, lavar e esfregar o chão ou o carro.

(0) Nenhum – vá para a questão B11 (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias (9) BRC

B10) Nos dias em que o(a) Sr(a) faz essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia?

____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ = ____ minutos por semana (88888) NSA
(99999) BRC

1 2 3 4 5 6 7

B11) Quantos dias por semana o(a) Sr(a) faz atividades físicas MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos no quintal ou jardim da sua casa? Por exemplo: levantar e carregar pequenos objetos, limpar vidros, varrer, lavar.

(0) Nenhum – vá para a instrução acima da pergunta B13

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias (9) BRC

B12) Nos dias em que o(a) Sr(a) faz essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia?

____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ = ____ minutos por semana (88888)
NSA(99999) BRC

1 2 3 4 5 6 7

AGORA EU GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) PENSASSE **APENAS NAS TAREFAS QUE FAZ “DENTRO DE CASA”**, POR EXEMPLO: **LEVANTAR E CARREGAR PEQUENOS OBJETOS, LIMPAR VIDROS, VARRER.**

B13) Quantos dias por semana o(a) Sr(a) faz atividades físicas MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos dentro da sua casa?

(0) Nenhum – vá para a instrução acima pergunta B15

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias (9) BRC

B14) Nos dias em que o(a) Sr(a) faz essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia?

___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ = _____ minutos por semana (88888) NSA
(99999) BRC

1 2 3 4 5 6 7

AGORA EU GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) PENSASSE APENAS NAS ATIVIDADES QUE FAZ NO SEU “TEMPO LIVRE”, POR ESPORTE, LAZER OU EXERCÍCIO FÍSICO.

B15) Quantos dias por semana o(a) Sr(a) faz caminhadas por pelo menos 10 minutos contínuos no seu tempo livre?

(0) Nenhum – vá para a questão B17 (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias (9) BRC

B16) Nos dias em que o(a) Sr(a) faz essas caminhadas, quanto tempo no total elas duram por dia?

___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ = _____ minutos por semana (88888)
NSA(99999) BRC

1 2 3 4 5 6 7

B17. Em quantos dias da última semana, o(a) Sr.(a) andou de bicicleta por pelo menos 10 minutos contínuos como LAZER OU EXERCÍCIO?

(0) Nenhum – vá para a questão B19 (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias

(9) BRC

B 18. Nos dias em que o(a) Sr.(a) pedalou como exercício ou lazer, no total, quanto tempo gastou por dia (minutos)?

____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ = ____ minutos por semana(88888)
NSA (99999) BRC

1 2 3 4 5 6 7

B19) Quantos dias por semana o(a) Sr(a) faz atividades físicas VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos no seu tempo livre? Por ex.: correr, fazer ginástica de academia, pedalar em ritmo rápido, praticar esportes competitivos.

(0) Nenhum – vá para a questão B21 (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias

(9) BRC

B20) Nos dias em que o(a) Sr(a) faz essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia?

____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ = ____ minutos por semana(88888) NSA
(99999) BRC

1 2 3 4 5 6 7

B21) Quantos dias por semana o(a) Sr(a) faz atividades físicas MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos no seu tempo livre? Por ex.: nadar ou pedalar em ritmo médio, praticar esportes por diversão.

(0) Nenhum – vá para a instrução acima da pergunta B23

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias (9) BRC

B22) Nos dias em que o(a) Sr(a) faz essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia?

___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ = ___ minutos por semana (88888) NSA
(99999) BRC

1 2 3 4 5 6 7

AGORA EU GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) PENSASSE COMO **SE DESLOCA DE UM LUGAR AO OUTRO**. PODE SER PARA IR E VOLTAR DO TRABALHO, FACULDADE OU QUANDO O(A) SR.(A) VAI FAZER COMPRAS.

B23) Quantos dias por semana o (a) Sr. (a) andou de carro, moto, carroça ou ônibus?

(0) Nenhum- vá para a questão B25 (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias

(9) BRC

B24) Quanto tempo no total Sr. (a) usualmente gasta por DIA utilizando este(s) meio(s) de transporte?

___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ = ___ minutos por semana (88888)
NSA(99999) BRC

1 2 3 4 5 6 7

B25) Quantos dias por semana o(a) Sr(a) usa a bicicleta para ir de um lugar a outro (somente como meio de transporte)?

(0) Nenhum-vá para a questão B27 (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias (9) BRC

B26) Se usa bicicleta nesses dias, quanto tempo no total o(a) Sr(a) pedala por dia?

___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ = ___ minutos por semana (88888)
NSA(99999) BRC

1 2 3 4 5 6 7

B27) O(a) Sr(a) usa a bicicleta para ir de um lugar a outro (somente como meio de transporte) por MENOS de 10 minutos por trecho?

Quantos dias por semana o(a) Sr(a) usa a bicicleta por MENOS DE 10 MINUTOS para ir de um lugar a outro (somente como meio de transporte)?

B28) Nesses dias, quanto tempo no total o(a) Sr(a) PEDALA (MENOS DE 10 MIN) por dia?

__ + __ + __ + __ + __ + __ + __ = ____ minutos por semana(88888) NSA
(99999) BRC

1 2 3 4 5 6 7

B29) Quantos dias por semana o(a) Sr(a) caminha para ir de um lugar a outro?

(0) Nenhum – vá para a instrução acima da pergunta B29

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias(9) BRC

B30)SE CAMINHA:Nesses dias, quanto tempo no total o(a) Sr(a) caminha por dia?

__ + __ + __ + __ + __ + __ + __ = ____ minutos por semana(88888) NSA
(99999) BRC

1 2 3 4 5 6 7

QUESTIONÁRIO SOBRE QUALIDADE DE VIDA SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2

d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2
---	---	---

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6

h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

QUESTIONÁRIO SOBRE DOENÇAS

B 53. Algum médico ou profissional de saúde já lhe disse que o (a) Sr. (a) tem determinada doença? Se sim, o Sr (a) utiliza algum medicamento para tratá-la (s)?

Hipertensão: Não, nunca tive-(0) Sim, já estou curado-(1) Sim, trato sem medicamento-(2) Sim, trato com medicamento-(3) Sim, não faço nenhum tipo de tratamento-(4) BRC-(9)

Artrite/ Artrose/ Reumatismo: Não, nunca tive-(0) Sim, já estou curado-(1) Sim, trato sem medicamento-(2) Sim, trato com medicamento-(3) Sim, não faço nenhum tipo de tratamento-(4) BRC-(9)

Problema cardíaco: Não, nunca tive-(0) Sim, já estou curado-(1) Sim, trato sem medicamento-(2) Sim, trato com medicamento-(3) Sim, não faço nenhum tipo de tratamento-(4) BRC-(9)

Diabetes Tipo I: Não, nunca tive-(0) Sim, já estou curado-(1) Sim, trato sem medicamento-(2) Sim, trato com medicamento-(3) Sim, não faço nenhum tipo de tratamento-(4) BRC-(9)

Diabetes Tipo II Não, nunca tive-(0) Sim, já estou curado-(1) Sim, trato sem medicamento-(2) Sim, trato com medicamento-(3) Sim, não faço nenhum tipo de tratamento-(4) BRC-(9)

Osteoporose: Não, nunca tive-(0) Sim, já estou curado-(1) Sim, trato sem medicamento-(2) Sim, trato com medicamento-(3) Sim, não faço nenhum tipo de tratamento-(4) BRC-(9)

Doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC: Não, nunca tive-(0) Sim, já estou curado-(1) Sim, trato sem medicamento-(2) Sim, trato com medicamento-(3) Sim, não faço nenhum tipo de tratamento-(4) BRC-(9)

Embolia/Derrame: Não, nunca tive-(0) Sim, já estou curado-(1) Sim, trato sem medicamento-(2) Sim, trato com medicamento-(3) Sim, não faço nenhum tipo de tratamento-(4) BRC-(9)

Lombalgia/Dor nas costas: Não, nunca tive-(0) Sim, já estou curado-(1) Sim, trato sem medicamento-(2) Sim, trato com medicamento-(3) Sim, não faço nenhum tipo de tratamento-(4) BRC-(9)

Tumor maligno: Não, nunca tive-(0) Sim, já estou curado-(1) Sim, trato sem medicamento-(2) Sim, trato com medicamento-(3) Sim, não faço nenhum tipo de tratamento-(4) BRC-(9)

Depressão: Não, nunca tive-(0) Sim, já estou curado-(1) Sim, trato sem medicamento-(2) Sim, trato com medicamento-(3) Sim, não faço nenhum

tipo de tratamento-(4) BRC-(9)

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

B54- Qual é o local que o (a) Sr. (a) realiza ou realizaria a atividade física?

B55- Qual o meio de transporte que o (a) Sr. (a) utiliza ou utilizaria para ir ao local da prática de Atividade Física? (0) carro (1) bicicleta (2) moto (3) a pé (4) ônibus (8) NSA (9) BRC

B56- Quanto tempo o (a) Sr. (a) demora para chegar ao local da prática de Atividade Física utilizando o meio de transporte citado na pergunta B54?
_____ min

B57- O que o (a) Sr. (a) realiza no seu tempo livre pelo menos uma vez por mês?

Instrução: Tempo Livre- opção de escolher o que faz, fora do seu horário de trabalho, fora do trabalho doméstico e fora das suas obrigações familiares.

Atividade física:- esporte, caminhada, ginástica, corridas, etc;

Atividades manuais: tricô, lavar carro, crochê, artesanato;

Atividades artísticas: teatro, música, pintura, cinema, fotografia;

Atividades sociais: festas, encontro com amigos;

Atividades turísticas: viagem, passeios, excursões.

a) atividades físicas - (0) não (1) sim (9) BRC

b) atividades manuais - (0) não (1) sim (9) BRC

c) atividades artísticas - (0) não (1) sim (9) BRC

d) atividades intelectuais- (0) não (1) sim (9) BRC

e) atividades sócias- (0) não (1) sim (9) BRC

f) atividades turísticas- (0) não (1) sim (9) BRC

B58-Qual atividade física o (a) Sr. (a) realiza ou gostaria de realizar?

(0) caminhada (01) corrida (02) musculação (03) ginástica (04) hidroginástica (05) futebol (06) vôlei (07) basquete (08) natação (09) outros _____
(99) BRC

B59- Como o (a) Sr. (a) avalia o atendimento do SUS?

(0) péssimo (1) ruim (2) regular (3) bom (4) excelente (8) NSA (9) BRC

QUESTIONÁRIO SOBRE ALIMENTAÇÃO

B60 - Quando o (a) Sr.(a) come frango, o que normalmente faz com a pele:

(0) sempre retira a pele antes de comer (1) na maioria das vezes retira (2) algumas vezes retira (3) quase nunca retira (4) nunca retira (5) já vem preparado sem a pele (6) não come frango (9) BRC

B61 - Quando o (a) Sr. (a) come carne vermelha, o que geralmente faz com a gordura visível:

(0) sempre retira (1) na maioria das vezes retira (2) algumas vezes retira (3) quase nunca retira (4) nunca retira (5) não come carne que tenha muita gordura (6) não come carne nunca (9) BRC

B62-Sem contar as saladas, com que frequência o (a) Sr. (a) costuma colocar sal no prato de comida?

(0) nunca coloco sal no prato de comida (1) provo e coloco se estiver sem sal (2) coloco quase sempre mesmo sem provar

B63-Qual desses produtos o (a) Sr. (a) passa com maior frequência em pães, torradas, bolachas etc?

Instrução: Assinale apenas uma alternativa

(0) manteiga (1) margarina ou creme vegetal (2) azeite de oliva (3) maionese (4) requeijão (5) Outro produto _____ especifique (6) não passo nada (7) vario no tipo de gordura que uso (8) não sabe (9) BRC

B64 - Quando o (a) Sr. (a) toma leite, que tipo de leite o (a) Sr. (a) usa com

mais freqüência?

(0) leite de vaca integral (1) leite de vaca semi desnatado (2) leite de vaca desnatado (3) leite de cabra (4) leite de soja (5) não bebo leite (6) outro _____ especificar (7) vario no tipo de leite que bebo (8) não sabe (9)

BRC

B65 - Agora vou ler uma lista de frutas, verduras e legumes. Por favor, pense na sua alimentação no último ano e me diga, com que freqüência o (a) Sr. (a) come ou bebe estes alimentos. Lembre-se de todas as refeições –café da manhã, almoço, janta e lanches, que o (a) Sr (a) faz dentro e fora da sua casa.

Instrução: Escreva o número de vezes que a pessoa come ou bebe o alimento e assinale a freqüência-dia, semana ou mês. Caso ela coma menos do que 1 vez por mês assinale raramente/nunca.

Com que freqüência o (a) Sr (a) come:

a) frutas e sucos de frutas preparados a partir da fruta, polpa ou concentrado (não considere os refrescos e refrigerantes)

_____ vezes por: (0) dia (1) mês (2) ano (3) rara./nunca (9) BRC

b) batata (sem fritar), batata doce, batata-baroa, aipim, cará, inhame.

_____ vezes por: (0) dia (1) mês (2) ano (3) rara./nunca (9) BRC

c) outros legumes (sem incluir batata) abóbora, abobrinha, beterraba, chuchu, cenoura, quiabo, vagem, etc.

_____ vezes por: (0) dia (1) mês (2) ano (3) rara./nunca (9) BRC

d) hortaliças- agrião, alface, brócolis, chicória, couve, couve-flor, espinafre, repolho, etc.

_____ vezes por: (0) dia (1) mês (2) ano (3) rara./nunca (9) BRC

e) feijões (preto, mulatinho, fradinho, roxo, etc), lentilha, ervilha seca ou grão de pico.

_____ vezes por: (0) dia (1) mês (2) ano (3) rara./nunca (9) BRC

BLOCO B**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA CLASSE SOCIAL (ABEP)**

Número do setor: _____

Número do domicílio: _____

Data da coleta: __/__/__

Horário de início da entrevista: ____:____

Nº entrevistador: _____

C1) Essa casa é uma república?

(0) Não (1) Sim (9) BRC

C2) Quantas pessoas moram nesta casa? _____

C3) Existe algum aposentado? _____

AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE OS BENS E A RENDA DOS MORADORES DA CASA. MAIS UMA VEZ LEMBRO QUE OS DADOS DESTE ESTUDO SERVIRÃO APENAS PARA UMA PESQUISA. PORTANTO O(A) SR.(A) PODE FICAR TRANQUÍLO(A) PARA INFORMAR O QUE FOR PERGUNTADO.

C4) O(A) Sr.(a) tem rádio em casa?

(0) Não Sim Quantos (_____) rádios (9) BRC

C5) Tem televisão colorida em casa?

(0) Não Sim Quantas (_____) televisões (9) BRC

C6) O(A) Sr.(a) tem carro?

(0) Não Sim Quantos (_____) carros. (9) BRC

C7) Quais destas utilidades domésticas o(a) Sr.(a) tem em casa?

Aspirador de pó (0) Não Sim Quantos (_____) (9) BRC

Máquina de lavar roupa (0) Não Sim Quantas (_____) (9) BRC

Videocassete e/ou DVD (0) Não Sim Quantos (_____) (9) BRC

C8) Tem geladeira ? (0) Não Sim Quantas (_____) (9) BRC

C9) Tem freezer separado ou geladeira duplex?

(0) Não Sim Quantas (_____) (9) BRC

C10) Quantos banheiros tem em casa?

(0) Nenhum Sim Quantos (____)(9) BRC

C11) O (A) Sr.(a) tem empregada (o) doméstica em casa?

(0) Nenhuma Sim Quantas (os) (____) (9) BRC

C12) Qual o último ano de estudo do chefe da família?**Se for república ir para a questão – C13**

(1) Nenhum ou primário incompleto

(2) Até a 4ª série (antigo primário) ou ginásial (primeiro grau) incompleto

(3) Ginásial (primeiro grau) completo ou colegial (segundo grau) incompleto

(4) Colegial (segundo grau) completo ou superior incompleto

(5) Superior completo

(8) NSA

(9) BRC

C13) No mês passado, quanto ganharam as pessoas que moram aqui?**Para as repúblicas - Quanto cada estudante gasta por mês (perguntar para todos os moradores)****(trabalho ou aposentadoria)**

Pessoa 1: R\$ _____ por mês

Pessoa 2: R\$ _____ por mês

Pessoa 3: R\$ _____ por mês

Pessoa 4: R\$ _____ por mês

Pessoa 5: R\$ _____ por mês

(9) BRC

C14) A família tem outra fonte de renda (aluguel, pensão, etc.) que não foi citada acima?

(0) Não (1) Sim (9) BRC

SE SIM: Quanto? R\$ _____ por mês

barreiras	barreiras
b31	Instruções: Este questionário é sobre os motivos que atrapalham, dificultem ou impedem o(a) senhor(a) de praticar atividades físicas. O (a) Sr. (a) tem tempo livre suficiente para fazer atividade física?
b32	O (a) Sr. (a) acredita que realiza atividade física suficiente para melhorar a sua saúde?
b33	O (a) Sr. (a) acredita que a falta de companhia dificulta sua prática de atividade física?
b34	O (a) Sr. (a) acredita que a falta de dinheiro dificulta a sua prática de atividade física?
b35	O (a) Sr. (a) acredita ser velho (a) demais para fazer atividade física?
b36	O (a) Sr. (a) possui alguma doença, lesão ou incapacidade física que dificulte ou não permite realizar atividade física?
b37	A saúde do (a) Sr. (a) é muito ruim para praticar atividade física?
b38	O (a) Sr. (a) é muito tímido (a) ou encabulado (a) para praticar atividade física?
b39	O (a) Sr. (a) teve alguma experiência desagradável que atrapalhe a realização de atividade física
b40	O (a) Sr. (a) acredita que existam instalações adequadas para praticar atividade física próxima a sua casa?
b41	O (a) Sr. (a) pensa que precisa descansar e relaxar no seu tempo livre ao invés de praticar atividade física?
b42	O (a) Sr. (a) se sente muito preguiçoso (a) ou desmotivado (a) para praticar atividade física
b43	O (a) Sr. (a) tem medo de se machucar, cair ou prejudicar a sua saúde a ponto de <u>não</u> praticar atividade física?
b44	O (a) Sr. (a) gosta de praticar atividade física?
b45	O (a) Sr. (a) acredita que a falta de roupas ou equipamentos adequados impedem, atrapalhem ou dificultem para realizar atividade física?
b46	O (a) Sr. (a) pensa que desistiria logo da prática de atividade física?
b47	O (a) Sr. (a) sente que está muito gordo ou muito magro (a) para praticar atividade física
b48	O (a) Sr. (a) sente que faltam energias para praticar atividade física?
b49	O (a) Sr. (a) acredita que a atividade física faça bem?
b50	O (a) Sr. (a) sente falta de segurança no ambiente (violência) para praticar atividade física?
b51	O (a) Sr. (a) acha o clima desfavorável para praticar atividade física?