



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 3.607, de 17/10/05, D.O.U. nº 202, de 20/10/2005
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

Elainy Araujo da Silva

INFLUÊNCIA DA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA NA PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Palmas – TO

2015

Elainy Araujo da Silva

INFLUÊNCIA DA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA NA PERCEPÇÃO DA
QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) elaborado e apresentado como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Educação Física pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Prof^a. Dra. Erika da Silva Maciel.
Co-orientador: Prof^o Dtn. Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma

Palmas – TO

2015

Elainy Araujo da Silva
INFLUÊNCIA DA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA NA PERCEPÇÃO DA
QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) elaborado e apresentado como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Educação Física pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Prof^a. Dra. Erika da Silva Maciel.
Co-orientador: Prof^o Dtn. Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma

Aprovado em: 03/12/2015

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dra Erika da Silva Maciel
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof. Dtn. Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof^a Esp. Marisa Ramos Armudi
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Palmas – TO
2015

Dedico à minha família, pela capacidade de acreditar em mim e pela real presença deles que transmitiram à mim segurança e certeza de que nunca estou sozinha. À todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos à mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena. Com muito amor e gratidão dedico.

AGRADECIMENTOS

A Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, pois ao longo da minha vida, e não somente nestes anos como universitária, o vi como meu maior mestre. A meus pais Edivano Arêba e Valdete Araújo, que sempre me impulsionaram à querer sempre mais para que meus sonhos pudessem ser realizados. Meu pai que nunca me deixou faltar nada material nem tão pouco educação e coragem e minha mãezinha por acreditar em mim e sonhar comigo por conquistas ainda maiores; ao meu irmão Edisley Araujo que em silêncio contribuiu como uma inspiração para que eu não desistisse e almejasse alcançar meu objetivo.

Agradeço a todos os professores que tive no decorrer da vida, todos contribuíram de alguma forma para a minha formação, em especial aos do curso de Educação Física Bacharelado, que me encharcaram de conhecimento, mas sempre na medida certa para que eu pudesse absorver o máximo possível. O grandioso professor César Leão que conseguiu durante muitas aulas prender minha atenção e me fazer interessar mesmo quando eu pensava não gostar tanto do assunto que seria ministrado em determinada aula; ao professor Frederico Rocha que de uma maneira incrível transmite conhecimento, uma didática exemplar além do bom humor e carisma; ao professor Francisco Balbé pela sua paciência e dedicação pela profissão, pelos momentos de descontração aliado à ensino; à professora Marisa Armudi, que é um exemplo em vários aspectos, ela demonstra um amor pelos acadêmicos que é algo que realmente chama a atenção, ela motiva, incentiva e ajuda no possível para que os acadêmicos tracem voos altos; à professora Érika minha orientadora que de forma única me auxiliou principalmente na reta final da minha formação o que foi de grande valia para meu crescimento como acadêmica e profissional.

Agradeço ainda aos amigos que conquistei durante esses anos, caminhamos, crescemos e aprendemos juntos. Quantos bons momentos, quantas boas risadas, quantas madrugadas de estudo e um bom açaí pra acompanhar. Minha amiga Lígia Cantanhede, que durante um período passávamos a maior parte do tempo juntas, ela em minha casa ou eu na dela. Minha amiga e prima Caroline Cintra, é tanto amor envolvido que até o mesmo curso resolvemos cursar. Aos meus amigos, Luiz Pádua, Pauleandro Ferreira, Gustavo Noletto e Romário Rocha, os mais lindos amigos que eu poderia ter. Ainda dedico aqueles que não concluíram o curso mas que com

certeza deixaram em mim plantado um imenso carinho, a mamãe Alcione Rodrigues e a bailarina mais bela Karen Kzan, e também à Thaizi Campos e Álvaro Campos que se mostraram tão solidários em um dos momentos mais difíceis que passei durante essa caminhada.

Agradeço à minha amiga Mirian Rodrigues, ela que é também profissional da educação física e que de uma forma surpreendente me motivou em momentos que pensei em desistir. Sempre com um jeito realista, mas também muito carinhoso de falar, acabava sempre me dando uma dose de animo novo, era um combustível para que eu seguisse mais um pouco. Cada ligação, cada mensagem me fazia querer ir além, porque eu sabia que existia alguém acreditando no meu potencial, acreditando que eu sempre podia ser melhor. Até mesmo com o silêncio e em meio a distância ela conseguiu me impulsionar e me fazer bem.

Agradeço em especial ao meu Deus, pela proteção e provisão. Obrigada por me amar incondicionalmente.

“As pessoas felizes lembram o passado com gratidão, alegram-se com o presente e encaram o futuro sem medo.”

(Epicuro)

RESUMO

SILVA, Elaine Araujo da. **Influência da prática de atividade física na percepção da qualidade de vida de idosos cadastrados na estratégia saúde da família.** 2015. 63 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Educação Física Bacharelado, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2015.

O presente estudo foi realizado com um grupo de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Sistema Único de Saúde (SUS) da região sul de Palmas. A amostra foi composta por 10 idosos, com idade média 70,10 anos ($\pm 5,15$) sendo 50% de cada sexo. Foi realizada a avaliação do nível de atividade física e a percepção da qualidade de vida dos idosos pré e pós intervenção em um programa de atividade física orientada, o desenvolvimento se deu na Praça da Cidadania localizada no Jardim Aurenny III avenida I na cidade de Palmas – TO. Os instrumentos utilizados foram o Questionário Internacional de Atividade Física versão curta e semanal (IPAQ), com o objetivo de identificar o nível de atividade física. E para avaliação da percepção da qualidade de vida foi aplicado o questionário WHOQOL-bref. O estudo realizado se caracterizou como do tipo longitudinal, de caráter quantitativo, grande parte da amostra (40%), foi classificada com NAF Baixo no período pré intervenção, e após a intervenção a prevalência foi de idosos classificados com NAF Moderado (70%), havendo uma redução de 50% dos classificados com NAF Baixo e também uma redução de 30% para 10% dos idosos classificados com NAF Alto.

Palavras-chave: Envelhecimento. Atividade Física. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

SILVA, Elainy Araujo da. **Influence of physical activity on perceived quality of life of elderly enrolled in the strategy family health.** 2015. 63 p. Term paper (Graduation) – Baccalaureate course on Physical Education, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2015.

The present study was conducted with a group of elderly registered in the Family Health Strategy (FHS) of the Unified National Health System (UNHS) in the southern region of Palmas city. The sample consisted of 10 elderly with a mean age 70.10 years (± 5.15) and 50% of each sex. It was done the assessment of the level of physical activity and perception of quality of life of elderly pre- and post-intervention on a physical activity-oriented program, the development took place in the Praça da Cidadania located in Jardim Aurenny III avenue I in Palmas city - TO. The instruments used were the International Physical Activity Questionnaire short version and weekly (IPAQ), in order to identify the level of physical activity. Moreover, for evaluating the perception of quality of life it was applied the WHOQOL-BREF questionnaire. The study is characterized as longitudinal, quantitative character, big part of the sample (40%) was classified as LPA Low pre intervention period, and after the intervention the prevalence was elderly classified as LPA Moderate (70%), with a reduction of 50% from classified as LPA Down and also a reduction of 30% to 10% of the elderly classified as LPA High.

Keywords: Aging. Physical activity. Quality of life.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Características sociodemográficas dos voluntários, Palmas TO, 2015.....	30
Tabela 2 - Descrição do Nível de Atividade Física dos idosos pré e pós intervenção, Palmas TO, 2015.	31
Tabela 3– Análise descritiva das variáveis do estudo (n=10).....	31
Tabela 4 - Análise descritiva da qualidade de vida dos idosos, Palmas TO, 2015....	32
Tabela 5 - Análise individual da qualidade de vida dos idosos, Palmas TO, 2015....	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Atividade Física
CC	Composição Corporal
CEULP/ULBRA	Centro Universitário Luterano de Palmas
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
ESF	Estratégia Saúde da Família
GEPEPS	Grupo de Estudos e Pesquisa em Educação para Promoção da Saúde
IPAQ	<i>International Physical Activity Questionnaire</i>
NAF	Nível de Atividade Física
OMS	Organização Mundial da Saúde
QV	Qualidade de Vida
SUS	Sistema Único de Saúde
WHOQOL	World Healthy Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Objetivos	13
1.1.1	<i>Objetivo Geral</i>	13
1.1.2	<i>Objetivos Específicos</i>	13
1.2	Hipóteses	13
1.3	Justificativa	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1	Qualidade de Vida	15
2.2	Qualidade de vida no Envelhecimento	16
2.3	Envelhecimento Humano	18
2.4	Nível de Atividade Física	20
2.5	Atividade Física e Envelhecimento	22
3	MATERIAIS E MÉTODOS	25
3.1	Desenho do Estudo	25
3.2	Detalhamento dos procedimentos	25
3.3	Local e Período de Realização da Pesquisa	25
3.4	Crterios de inclusão e exclusão	25
3.5	Instrumentos de coleta de dados, estratégias de aplicação, processamento, análise e apresentação dos dados	26
3.5.1	<i>Prescrição dos exercícios</i>	26
3.5.2	<i>Dados Sociodemográficos</i>	26
3.5.3	<i>Percepção da Qualidade de Vida (WHOQOL-bref)</i>	27
3.5.4	<i>Nível de Atividade Física (NAF)</i>	27
3.6	Variáveis	27
3.7	Análise de dados	28
3.8	Aspectos éticos	28
4	RESULTADOS	29
5	DISCUSSÃO	34
6	CONCLUSÃO	37
	REFERÊNCIAS	38
	APÊNDICES	43
	ANEXOS	49

1 INTRODUÇÃO

O que mais desejamos na vida é felicidade, busca antiga do homem. Porém, para ser feliz, é necessário ter saúde, satisfação consigo próprio e com seu trabalho, e tudo isso compreende qualidade de vida (CONTE, 2003).

Há uma relação muito estreita entre saúde e atividade física, assim como entre saúde e qualidade de vida. Da mesma maneira, pode-se supor que existe também estreita relação entre atividade física e qualidade de vida (NUNOMURA et al., 2009).

Juntamente com o estilo de vida adquirido nos dias de hoje pelas pessoas, o sobrepeso e a obesidade estão aumentando muito, uma vez que o sedentarismo está mais evidente. Essa epidemia, que tem caráter global, acredita-se que tem relação com a falta de atividade física (PARDINI et al., 2001).

O crescimento expressivo da população idosa mundial tem sido o foco de muitas pesquisas na área da saúde. Durante o envelhecimento a capacidade funcional dos idosos sofre declínios que contribuem para um envelhecimento carregado de dependência e redução nas condições de saúde (MATSUDO; MATSUDO, 1992).

Dados do IBGE (2012) expõem que o crescimento da população idosa ocorre devido à redução das taxas de fecundidade e mortalidade. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o aumento do número de pessoas idosas está acelerado, e por isso, este acontecimento irradia uma preocupação para a área da saúde diante de tal demanda.

No envelhecimento a qualidade de vida para muitos, associa-se à percepção que o indivíduo tem em relação as suas conquistas pessoais já concretizadas ou então, daquilo que almeja alcançar como importante para sua vida. Também pode significar a satisfação que o indivíduo sente mediante suas realizações (PASCHOAL, 2004).

A atividade física tem sido considerada como uma grande aliada para a conquista de uma boa qualidade de vida em qualquer fase da vida. Sua prática promove a redução dos riscos de doenças coronarianas, osteoporose, controla os níveis glicêmicos e a pressão arterial, entre outras doenças (HEIKKINEN, 1998).

Também proporciona a diminuição de quadros depressivos, contribuindo para o bom humor (NERI, 2001).

Perante as evidências científicas quanto aos benefícios da atividade física na qualidade de vida, esta pesquisa visa avaliar o nível de atividade física e a percepção da qualidade de vida de idosos, pré e pós intervenção em um programa de atividade física orientada.

1.1 Objetivos

1.1.1 *Objetivo Geral*

Avaliar o nível de atividade física e percepção da qualidade de vida de idosos, pré e pós intervenção em um programa de atividade física orientada.

1.1.2 *Objetivos Específicos*

- 1) Avaliar o nível de atividade física dos idosos pré e pós intervenção em um programa orientado de exercício físico;
- 2) Avaliar a percepção da qualidade de vida dos idosos pré e pós intervenção de um programa orientado de exercício físico;
- 3) Desenvolver e aplicar um programa de exercício físico orientado em grupo de voluntários idosos;
- 4) Identificar as características sociodemográficas dos voluntários.

1.2 Hipóteses

H1: Um programa de atividade física interfere de forma positiva na percepção da qualidade de vida de idosos;

H2: Um programa de atividade física não interfere positivamente na percepção da qualidade de vida de idosos.

1.3 Justificativa

O enfoque deste trabalho trata de um dos assuntos mais discutidos atualmente nas pesquisas científicas, a influência dos aspectos naturais do envelhecimento na capacidade funcional de idosos e a aptidão física funcional no desempenho das atividades da vida diária, fator este que diminui com o avanço da idade, sobretudo quando se segue um estilo de vida sedentário, e consequentemente no que esses aspectos vão interferir na qualidade de vida (MATSUDO, 2001).

O aumento do número de idosos e da expectativa de vida da população mundial tem despertado uma maior preocupação nos aspectos relacionados a um

envelhecimento saudável, independente, ativo, e com qualidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2002), atualmente no mundo uma em cada dez pessoas tem 60 anos ou mais, e até o ano de 2050, as estimativas apontam que será de uma para cada nos países subdesenvolvidos, e de uma para cada três nos países desenvolvidos.

Os autores Matsudo e Matsudo (2000) expõem que a prática de atividade física é um fator de grande importância na velhice, visto que atua como um meio preventivo ou redutor dos efeitos destrutivos do envelhecimento, contribuindo nos aspectos relacionados à composição corporal, força muscular, flexibilidade, fatores metabólicos como aumento da sensibilidade à insulina, controle da pressão arterial e na diminuição de agentes estressores. Logo, as alterações advindas como benefícios da atividade física contribuem para que o idoso apresente melhoras na capacidade funcional, e conseqüentemente consiga realizar as atividades da vida diária, como tomar banho, subir escadas, carregar sacolas, entre outras, sem dificuldades na sua mobilidade.

Visto que emerge o crescimento da população idosa e a atividade física é tida como uma grande aliada para a construção de um envelhecimento saudável, ativo e independente, influenciando na qualidade de vida ao proporcionar autonomia e independência.

Que os resultados da pesquisa sirvam de apoio na forma de conhecimento para com os profissionais da área da saúde sobre os efeitos benéficos que a atividade física proporciona na população idosa. Que os profissionais possam propor estratégias educativas para que essa população desenvolva estímulos à prática de atividades físicas para que a velhice seja uma fase agregada de boa qualidade.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Qualidade de Vida

Qualidade de vida (QV) pressupõe a capacidade de realizar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. Esse termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em diversas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural (MINAYO, 2000).

Segundo Minayo (2000), quando se fala em QV diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso a água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos materiais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva. Nos dias atuais é possível dizer que desemprego, exclusão social e violência são vistos e reconhecidos como a negação da QV.

A QV pode ser apresentada de distintas formas e essas mudanças ocorrem devido ao tipo de vida que cada ser humano leva, isto influencia diretamente nos aspectos internos e externos (INTERDONATO; GREGUOL, 2010).

O conceito sobre QV causa preocupação, pois tem referência com um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (FLECK et al., 1999).

“QV é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial” (MINAYO, 2000, p. 2).

Para Assumpção et al., (2002) uma grande parte das pessoas nos dias atuais demonstram total descaso com a prática de utilizar o corpo como forma de prevenção de patologias e melhoria da QV. Mudanças no modo de viver acabam se apresentando como uma alternativa essencial na busca da saúde.

A não prática regular de AF representa riscos à saúde e QV do homem. O estilo de vida ativo, ao contrário do sedentarismo, expressa uma menor possibilidade de morte e melhor QV. O aumento da prática de AF de uma população contribui para a saúde pública tendo em vista os danos tragos pelo sedentarismo (CARVALHO et al., 1996).

Boa condição física pode ser considerada um fator importante para prevenção, tratamento de doenças e manutenção da saúde, além de ser também um instrumento precioso para melhoria da QV das pessoas (ARAÚJO; ARAÚJO, 2000).

Uma equipe conhecida como WHOQOL Group (World Health Organization Quality of Life Group) da Organização Mundial da Saúde (OMS), estuda questões sobre QV tendo relação com a saúde. O grupo define QV como, "a percepção individual da sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais se insere e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL Group, 1998 apud PIRES, 2007, p.26).

Assim para avaliar o nível de QV foi desenvolvido um instrumento de avaliação de QV com 100 itens, instrumento esse denominado WHOQOL-100 (FLECK et al., 2000).

Frente à necessidade de se ter instrumentos mais curtos e que mantenham a qualidade das características psicométricas, foi desenvolvida pelo WHOQOL Group da OMS uma versão abreviada da escala, versão essa denominada WHOQOL-bref (FLECK et al., 2000).

2.2 Qualidade de vida no Envelhecimento

A expressão QV ganhou notória em 1964, quando empregada pelo presidente dos Estados Unidos da América (EUA), Lyndon Johnson, ao declarar que "os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da QV que proporcionam às pessoas" (FLECK et al., 1999).

A atenção para as definições "padrão de vida" e "qualidade de vida" foi num primeiro momento compartilhada por estudiosos que tiveram a curiosidade em pesquisar mais a fundo a temática. As mudanças tecnológicas ocorridas na área da Medicina e demais ciências provocaram um saldo negativo no que tange a expressão "qualidade de vida". Assim a preocupação com o respectivo conceito refere-se a um movimento dentro do conjunto de conhecimentos que investigam o ser humano em sua totalidade e os seres vivos no sentido de valorizar os critérios mais amplos que não apenas relaciona-se ao controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida, mas à dimensão de fatores que envolvem o estudo do ser humano, sua cultura e relação com a sociedade (FLECK et al., 1999).

A definição de QV integra várias áreas da vida do indivíduo, envolvendo as condições físicas, emocionais e sociais relacionadas aos aspectos temporais, culturais e também considera que tais aspectos são percebidos pelos sujeitos (GONÇALVES; VILARTA, 2005).

O conceito de “qualidade de vida” para a literatura está relacionado a muitas definições que envolvem o bem estar do indivíduo de maneira global, ou seja, está ligado aos vários fatores que influenciam nesse bem estar, como por exemplo, as condições socioeconômica e cultural, que na maioria das situações geram um impacto na QV das pessoas (CAMPOS, 2007).

Para muitas pessoas a QV refere-se à satisfação que cada uma sente em um dado momento da vida e à independência para conduzir a própria vida (LIMA; LIMA; RIBEIRO, 2010).

Embora não haja um consenso a respeito do conceito de QV, três aspectos fundamentais referentes ao construto QV foram obtidos através de um grupo de especialistas de diferentes culturas: 1- subjetividade; 2- multidimensionalidade; 3- presença de dimensões positivas (ex. mobilidade) e negativas (ex. dor) (FLECK et al., 1999).

Segundo Maciel (2006) atualmente há vários problemas de saúde, acometendo a sociedade, principalmente, às associadas ao estilo de vida que afetam diretamente a QV dos grupos populacionais podendo atingir as distintas fases da vida.

A preocupação com a QV dos indivíduos adquire importância diante do atual quadro do envelhecimento mundial, visto que na velhice os idosos ficam mais suscetíveis à imobilidade, devido aos declínios das funções motoras e QV. Esta fase também é caracterizada pela dependência física, desânimo e depressão (SILVA, 2008).

No envelhecimento a QV para muitos, associa-se à percepção que o indivíduo tem em relação as suas conquistas pessoais já concretizadas ou então, daquilo que almeja alcançar como importante para sua vida. Também pode significar a satisfação que o indivíduo sente mediante suas realizações. Além disso, à medida que o indivíduo envelhece, sua QV fica fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência, e, portanto, dependente do controle das prováveis doenças crônicas já presentes (PASCHOAL, 2004).

O período da velhice é associado ao declínio das funções orgânicas, o que contribui para que o idoso sintam-se desestimulado à prática de atividades físicas (ASSIS, 2002). A inserção do idoso em atividades físicas pode reduzir o impacto do envelhecimento e resultar em maior capacidade de autonomia, o que, por sua vez, pode melhorar a QV (MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2001).

Uma pesquisa realizada por Ribeiro et al., (2002) com um grupo de idosos salienta que a autonomia e o desempenho das atividades da vida diária foram eleitos pela maioria dos indivíduos pesquisados como os fatores mais importantes para uma boa QV.

Assim tem-se evidenciado que a prática de exercícios pode ajudar as pessoas a manterem-se ativas o maior tempo possível, melhorar a função em diversas atividades e aumentar a QV à medida que envelhecem (BLEY; NERNAZZA, 1997).

2.3 Envelhecimento Humano

Nos últimos anos o envelhecimento humano tem sido o foco de muitas pesquisas em decorrência do aumento da expectativa de vida, principalmente nos países em desenvolvimento. Considera-se o Brasil um dos maiores representantes deste grupo devido às estimativas na redução das taxas de fecundidade e mortalidade (UTIYAMA, 2002).

Entre os anos de 2001 a 2011 o crescimento do número de idosos com 60 anos ou mais, foi marcante: passou de 15, 5 milhões de pessoas para 22, 4 milhões. A participação relativa deste grupo na estrutura etária populacional aumentou de 9% para 12,1% nos respectivos anos. A parcela do grupo com 80 anos ou mais atingiu 1,7% da população em 2011, chegando ao equivalente de 3 milhões de idosos com essa faixa etária (IBGE, 2012).

Estima-se que em 2025, o Brasil ocupará a sexta posição no ranking mundial no número de idosos. A proporção será de 14%, o que representa em números cerca de 32 milhões de idosos (CARVALHO FILHO; PAPÁLEO NETTO, 2006).

Nos países desenvolvidos o aumento da população idosa tem ocorrido de maneira gradual, e as condições de vida são melhores, já no Brasil esse aumento dá-se de maneira acelerada e num ambiente repleto de desigualdades socioeconômicas sem as devidas modificações estruturais para que possam atender as demandas do novo grupo etário emergente (PALLONI; PELÁEZ, 2003; CHAIMOWICZ, 1997).

Teixeira (2004) afirma que a mudança demográfica em virtude do envelhecimento populacional também vem acompanhada por modificações epidemiológicas, pois antes, a população era acometida pelas doenças infecciosas, e na atualidade a predominância dá-se pelas doenças crônicas não transmissíveis, sendo que os agravos dessas doenças nos idosos implicam numa recuperação difícil, comprometendo as funções orgânicas.

Visto a essa mudança etária, o envelhecimento populacional está provocando alterações nos diversos setores da sociedade, provocado impacto, principalmente na área da saúde (COTTA et al., 2002). Daí, a crescente preocupação e interesse das pesquisas em investigar e conhecer as necessidades dessa nova demanda, pois os custos com assistência para essa população tendem a aumentar.

Pereira et al., (2006, p. 27) afirma que:

“O envelhecimento da população está acarretando profundas modificações em todos os setores da sociedade, sendo o campo da saúde, o mais atingido havendo necessidade de investigar as condições que interferem no bem-estar e nos fatores associados à QV de idosos, visando a criação de alternativas de intervenção e políticas públicas que melhorem a QV durante o processo de envelhecimento”.

O envelhecimento humano pode ser abordado nos contextos biológicos, sociais, psicológicos, intelectuais, econômicos, funcionais, culturais e cronológicos, pois essas variáveis influenciam no processo de tal fenômeno (PASCHOAL, 1996). Nos aspectos fisiológicos, o envelhecimento pode provocar o declínio dos vários sistemas orgânicos afetando também o lado cognitivo. Essas alterações sofrem influências dos fatores genéticos, estilo de vida, e características de vida dos idosos (ARGIMON; STEIN, 2005).

As modificações cognitivas durante o processo de envelhecimento podem ocorrer apresentando variações conforme a dimensão dos declínios e características intrínsecas e extrínsecas do indivíduo (SOUZA et al., 2007). As alterações cognitivas advindas com o envelhecimento podem causar modificações na autoestima e QV interferindo na realização das habilidades do cotidiano do idoso (ARGIMON, 2006).

Segundo Silva (2005) no que tange ao envelhecimento deve-se levar em consideração as várias dimensões do processo de envelhecimento, pois são vários os fatores que envolvem esse universo, não é apenas a idade que caracteriza a velhice.

O envelhecimento caracteriza-se como um processo progressivo que provoca modificações morfológicas, funcionais e bioquímicas, redução na capacidade de adaptação fisiológica às situações em que se exige da funcionalidade do indivíduo, alterando progressivamente as funções do organismo e reduzindo a capacidade de suportar as agressões do ambiente em que estão inseridos (GUIMARÃES et al., 2004).

Matsudo et al. (2000) relata que o avanço da idade estimula à inatividade física, diminuindo a capacidade física, implicando em alterações psicológicas e sociais, como depressão, estresse, ansiedade, e também no aparecimento de DCNT, que favorecem agravos no sistema funcional dos idosos.

Para Leite (2000) mesmo com todas as alterações provenientes do processo de envelhecimento, é possível chegar à velhice sem a instalação de doenças ou mesmo manter a capacidade funcional dos idosos nas diversas formas de interação com o ambiente em que vivem.

De acordo com Moura; Camargos (2005, p. 3)

“A velhice não deve ser confundida com doença. A saúde e o bem-estar do idoso estão relacionados intimamente à autonomia e independência que ele possui. Deve-se ressaltar que as transformações que ocorrem necessitam de um cuidado que envolva os aspectos biopsicossociais, não apenas o físico do idoso, para evitar que as doenças se instalem”.

2.4 Nível de Atividade Física

De acordo com Silva et al., (2010, p.116), “o exercício físico é uma forma de lazer e de restaurar a saúde dos efeitos nocivos que a rotina estressante do trabalho e do estudo traz”.

Gomes et al., (2014), afirma que o ponto de partida para o aumento de intervenções focadas na promoção da saúde foi na década de 90, com orientação para a prática de AF, prioritariamente para caminhada. Na mesma época, a necessidade de ações enfocando a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis ficou em mais evidência devido ao aumento da quantidade de pessoas portadoras de hipertensão arterial, diabetes mellitus e obesidade.

De acordo com Gomes et al., (2014), a atividade de natureza aeróbica, como por exemplo a caminhada, pode promover o aumento no gasto energético por movimentar grandes grupos musculares, podendo ser praticada por indivíduos de todas as idades, além de proporcionar o aumento do fluxo sanguíneo o que conseqüentemente, dificulta o depósito de gordura na parede dos vasos, o que reduz o risco de morte por doença cardiovascular.

Entre os sexos feminino e masculino há diferenças quanto à fisiologia do exercício, que aumentam durante a adolescência e a vida adulta. Estas diferenças ocorrem fundamentalmente em função de tamanho e composição corporal (CC). Pessoas do sexo feminino possuem maior percentual de gordura corporal, o que resulta numa menor eficiência termorregulatória nos exercícios em ambientes quentes. Durante exercícios aeróbicos observa-se menor consumo máximo de oxigênio em mulheres em comparação com os homens. Além disso, a capacidade de transporte de oxigênio é menor nas mulheres. Estes fatores em conjunto fazem com que o desempenho desportivo seja 6 a 15% menor nas mulheres em comparação com os homens, embora a capacidade de adaptação ao treinamento seja semelhante (LEITÃO et al., 2000).

Carvalho et al., (1996), diz que atividades de intensidade relativamente baixa já podem trazer resultados positivos e significativos para a saúde do homem. Isso se dá com a realização de atividades do dia a dia, como andar de bicicleta e subir escada. Mas conclui que se aliar essas atividades informais com atividades formais, com programas de exercícios físicos é ainda mais eficaz e favorável.

Matsudo et al., (2012), ressalta que a prática de AF deve ser feita todos os dias e sem muita intensidade, iniciando na juventude, podendo melhorar todos os aspectos responsáveis para uma melhor QV e com ausências de patologias.

Carvalho et al., (1996, p. 80), “um programa regular de exercícios físicos deve possuir pelo menos três componentes: aeróbico, sobrecarga muscular e flexibilidade, variando a ênfase em cada um de acordo com a condição clínica e os objetivos de cada indivíduo”.

Em consonância com Gomes et al., (2014), faz necessário o estímulo à diversos grupos de pessoas para a prática de AF, as instigando à adotarem um estilo de vida ativo.

Desde os tempos de criança deve-se ter contato com a AF, para que assim os hábitos menos saudáveis sejam deixados de lado, hábitos esses que poderiam futuramente causar algum tipo de patologia evitando inclusive as chances de serem obesas na fase adulta (AMARAL; PIMENTA, 2001).

Remonta à Grécia Antiga havia preconceito em relação à mulheres participarem de atividades esportivas, sendo essas poupadas da prática de AF por muito tempo, por causa de sua crença, acreditando que isso traria prejuízo a sua saúde. Até tempos recentes não se tinha dados epidemiológicos a respeito do

impacto da AF sobre a saúde das mulheres, mas esse tabu vem sendo quebrado com estudos recentes (LEITÃO et al., 2000).

Os indivíduos estão buscando a saúde e se conscientizando de que é necessária a prática da AF juntamente à outros hábitos saudáveis para que evitem possíveis doenças e melhorem a QV (SAMULSKI; NOCE, 2012).

De acordo com Leitão et al., (2000, p. 215):

“Os benefícios da AF têm sido comprovados em ambos os sexos. Na mulher esta abordagem adquire algumas características próprias que incluem desde as diferenças do perfil hormonal, passando pela incidência de determinadas patologias, até as respostas e adaptações ao exercício. Na redução da pressão arterial, por exemplo, encontram-se trabalhos que mostram que a mulher, através do exercício, apresenta uma resposta de redução dos níveis tensionais mais eficiente que o homem”.

Concordando com Leitão et al., (2000), a prescrição de exercícios para mulheres deve considerar condicionamento cardiorrespiratório, endurance e força musculares, CC e flexibilidade, assim como qualquer outro grupo de pessoas ao qual se recomenda AF regular. Uma adequada prescrição de exercícios para mulheres deve ser capaz de reduzir os efeitos nocivos do sedentarismo. Para assegurar a melhor relação risco/benefício a prática regular de exercícios deve obedecer a determinados fundamentos. Modalidade, duração, frequência, intensidade e modo de progressão são os principais parâmetros a serem observados.

2.5 Atividade Física e Envelhecimento

Cada vez mais tem se evidenciado que a prática de AF é um recurso que pode minimizar os agravos provocados pelo envelhecimento. Além disso, sua potencialidade está relacionada às melhorias em várias funções essenciais do organismo, mostrando-se não só uma alternativa auxiliar no tratamento e controle das DCNT, mas também primordial na manutenção da saúde (OKUMA, 2004).

De acordo com Carvalho et al., (2006) existe uma forte associação entre estilo de vida ativo, baixa probabilidade de morte e melhora da QV. O autor referênciamos que indivíduos fisicamente ativos apresentam menores chances de serem acometidos pelas DCNT, sendo que este fato se explica pelos efeitos advindos da prática regular de atividades físicas.

Alguns estudos confirmam que a maior parte dos declínios atribuído ao envelhecimento biológico são provenientes da atrofia pelo desuso, resultante da inatividade física (VITTA, 2000; OKUMA, 2004; SPIRDUSO, 2005).

A prática de exercícios físicos pode promover melhorias na capacidade funcional e aptidão física. O aumento do NAF habitual proporciona benefícios que vão desde a melhora dos aspectos referidos, regulação da pressão arterial, redução dos riscos de doenças cardiovasculares, osteoporose, diabetes, entre outras (HEIKKINEN, 1998). Também ocorrem benefícios psicológicos, como a diminuição de quadros depressivos, elevação da autoconfiança e autoestima (NERI, 2001).

Em um estudo realizado por Paffenbarger; Kamper e Lee (1997) com alunos de Harvard relacionando os fatores de risco, mortalidade e longevidade, após os resultados, concluíram que a mudança para um estilo de vida ativo correspondeu a um ganho médio de vida de 1, 5 anos, ou seja, significa que o estudo feito com o tal grupo apresentou evidências de que a AF regular pode reduzir a mortalidade e contribuir para a longevidade agregando ainda QV para as pessoas.

Outro aspecto interessante que podemos citar em relação aos benefícios da AF refere-se à osteoporose, pois esta doença é bem comum em pessoas idosas, principalmente nas mulheres. A AF contribui na prevenção, tratamento e reabilitação desta doença (MATSUDO; MATSUDO, 1992). Ainda de acordo com o autor, a AF pode apresentar efetividade na manutenção da habilidade funcional e a promoção de uma melhor sensação de bem estar em idosos e, também é tida como um recurso de baixo custo, podendo ser adotada pelas diferentes faixas etárias e seus efeitos não são agressivos ao organismo comparados com os medicamentos utilizados nos tratamentos de algumas patologias, que muitas vezes, causam a dependência.

Em meados da década de noventa a Organização Mundial da Saúde (2002), realizou o lançamento de uma política a respeito do envelhecimento ativo certificando que a AF é um meio auxiliar capaz de promover independência ao idoso durante o maior tempo de vida possível, diminuindo as situações de quedas. Ressalta ainda que a AF atua na prevenção ou reabilitação de doenças.

Os benefícios da AF são vários e importantes, principalmente, para as pessoas que se encontram na terceira idade.

Segundo Meirelles (2000, p. 76)

“O objetivo principal da AF na terceira idade é retardamento do processo inevitável do envelhecimento, através da manutenção de um estado suficientemente saudável, se não perfeitamente equilibrado, que possibilite a normalização da vida do idoso e afaste os fatores de risco comuns nessa fase”.

Na visão da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) considera-se os vários componentes da aptidão física na montagem do treinamento de exercícios para os idosos entre eles, a resistência e força muscular, a flexibilidade, o condicionamento aeróbico e a CC (NOBREGA et al., 1999).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Desenho do Estudo

O presente estudo se caracterizou como do tipo longitudinal, de caráter quantitativo. Foi desenvolvido com os idosos de ambos os sexos que participaram do grupo de atividade física orientada, todos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Sistema Único de Saúde (SUS) localizada na região sul de Palmas – TO no setor Jardim Aurenny III.

3.2 Detalhamento dos procedimentos

O público alvo da pesquisa contou com um total de 12 idosos que foram convidados a participarem voluntariamente, no entanto a amostra final foi de n=10, totalizando duas perdas.

A coleta dos dados foi realizada por equipe previamente treinada do Grupo de Estudos e Pesquisa em Educação para a Promoção da Saúde (GEPEPS) do CEULP/ULBRA sob a coordenação e treinamento dos pesquisadores responsáveis para a obtenção da padronização das condutas de trabalho.

3.3 Local e Período de Realização da Pesquisa

O projeto foi desenvolvido inteiramente na Praça da Cidadania localizada no Jardim Aurenny III avenida I, Palmas - TO. A escolha da referida praça se deu com base na parceria firmada com a ESF do SUS localizada também na região sul da cidade.

O período de realização foi com início no dia 01 de setembro e término dia 07 de novembro do ano de 2015.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão: A população da pesquisa se constituiu por idosos moradores da cidade de Palmas - TO, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, com liberação médica para prática de atividade física, cadastrado na referida ESF e disponibilidade em participar do programa de atividade física oferecido pelo projeto.

Critérios de exclusão: Foram excluídos todos aqueles que não tinham liberação médica.

3.5 Instrumentos de coleta de dados, estratégias de aplicação, processamento, análise e apresentação dos dados

O primeiro momento da pesquisa obteve-se a autorização da responsável pela ESF Liberdade para coleta de dados e aplicação dos testes, através de autorização via ofício. Foi realizado o primeiro contato direto com os idosos, onde foram apresentados à eles os objetivos e métodos da pesquisa para fim de conhecimento e esclarecimento de dúvidas sobre o estudo em questão. Após os esclarecimentos descritos acima, os idosos que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e em seguida o Formulário com os Dados de Identificação, o Questionário Sociodemográfico e Condições de Saúde.

A coleta de dados e os testes foram aplicados nos horários das atividades semanais dos idosos, sendo que foram avisados com antecedência para então, os tais procedimentos. Os idosos foram informados que nos dias da aplicação dos testes seria importante usarem roupas específicas para a prática da atividade, como tênis e roupas leves, sem o uso de joias.

3.5.1 Prescrição dos exercícios

A prescrição dos exercícios foi organizada de forma equilibrada contendo exercícios aeróbicos de baixo impacto, exercícios de fortalecimento muscular, exercícios de equilíbrio e coordenação, visando melhorar o padrão de marcha e reflexo e com isso diminuir o número de quedas no dia a dia (JACOB FILHO, 2006).

Neste sentido, foram submetidos à um programa de atividade física composto de um frequência de três sessões semanais, constituída de cinco minutos de aquecimento, na parte principal da aula vinte minutos foram destinados à atividades aeróbicas e outros vinte minutos à atividades neuromusculares (duas sessões treinamentos de força e uma sessão treinamento de flexibilidade), na volta à calma foram realizados cinco minutos de alongamento (PROFILE, CARDIORESPIRATORY RESISTANCE, 2007).

3.5.2 Dados Sociodemográficos

Estes dados foram coletados com a aplicação de um questionário que visa levantar informações sobre a idade, sexo, profissão, estado civil, escolaridade, presença de patologias, renda mensal em salários mínimos, etnia e religião. Estas informações são importantes para fins de conhecimento das características gerais dos idosos integrantes da pesquisa.

3.5.3 Percepção da Qualidade de Vida (WHOQOL-bref)

Para a avaliação da percepção da qualidade de vida foi aplicado o questionário WHOQOL-bref (WHOQOL GROUP, 1998b). Este instrumento foi validado e disponibilizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), traduzido e validado para mais de 20 idiomas incluindo a validação para uso no Brasil (FLECK et al., 2000). (Anexo B). O teste WHOQOL-Bref é constituído de 26 questões, sendo 2 sobre a qualidade de vida geral e as 24 questões restantes avaliam 4 domínios: Domínio I - Físico, Domínio II Psicológico, Domínio III - Relações Sociais e Domínio IV - Meio ambiente (FLECK et al., 2000).

3.5.4 Nível de Atividade Física (NAF)

Para a avaliação do Nível de Atividade Física foi utilizado o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), versão 8, forma curta, semana normal. Este questionário é composto de 8 questões que aborda sobre a intensidade, frequência e duração de atividades físicas moderadas, vigorosas e da caminhada tendo como referência a última semana ou semana habitual. (Anexo A).

Para classificação foi adotada a escala proposta no instrumento original, com classificação em três níveis:

- Baixo – Este é o nível mais baixo de atividade física. Aqueles indivíduos que não satisfazem os critérios para moderado ou alto, são considerados baixo/inativo.
- Moderado – Qualquer um dos seguintes critérios: 3 ou mais dias de atividade vigorosa de pelo menos 20 minutos por dia ou 5 ou mais dias de atividade de intensidade moderada ou caminhada de pelo menos 30 minutos por dia ou 5 ou mais dias de qualquer combinação de caminhada, de intensidade moderada ou vigorosa. Atividades de intensidade alcançando um mínimo de pelo menos 600 MET-minutos/semana.
- Alto – Qualquer um dos critérios: atividade de intensidade vigorosa em pelo menos 3 dias e acumular pelo menos 1500 MET-minutos/semana ou 7 ou mais dias de qualquer combinação de caminhada, de intensidade moderada ou vigorosa, atividades de intensidade alcançando um mínimo de pelo menos 3000 MET-minutos/semana.

3.6 Variáveis

Variável dependente: Percepção da QV.

Variável independente: NAF.

Variáveis de controle: Condições sociodemográficas e participação na intervenção.

3.7 Análise de dados

Foi garantido o direito à todos os voluntários em optarem pela não participação.

Os dados foram tabulados em planilha do Excel depois foram analisados conforme procedimentos da metodologia proposta nos instrumentos. Posteriormente foram submetidos à análise descritiva das variáveis de estudo, teste de distribuição normal e correlação, todos analisados no programa SPSS 21.0.

3.8 Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com a Resolução Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/12 que normatiza pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012) e aprovado pelo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 07042712.0.0000.5516.

4 RESULTADOS

O presente estudo foi desenvolvido inteiramente na Praça da Cidadania, localizada no Jardim Aurenny III avenida I, Palmas - TO. O total de indivíduos convidados foram todos os idosos cadastrados na ESF do SUS da mesma cidade, de ambos os sexos, no entanto a amostra final foi de 10 idosos.

Todos os idosos foram convidados a participar do estudo espontaneamente; tendo em vista a não obrigatoriedade dos mesmos aceitarem a participar da pesquisa em questão, foram notificadas 2 perdas.

As características sociodemográficas da amostra (Tabela 1) é constituída por 50% de indivíduos de cada sexo.

Referente à renda familiar, a maior parte possui renda entre 1 a 2 salários mínimos o que corresponde a 80%, seguidos pelos que recebem entre 2 a 3 salários mínimos que corresponde a 20%.

Do total da amostra, 80% que corresponde à oito indivíduos declararam ter alguma doença, sendo que dessas, 5 pessoas declararam ter hipertensão/pressão alta, 4 declararam ter problema de coluna, 1 declarou ter diabetes, 1 osteoporose, 1 artrose e 1 declarou ter outras doenças.

Quanto ao estado de saúde, 4, pessoas afirmaram ter alguma dificuldade na prática de atividade física, sendo que 3 desses afirmaram sentir dor e 1 afirmou ter hérnia de disco. Ainda sobre o estado de saúde, 60% que corresponde 6 indivíduos, afirmaram não ter dificuldade nenhuma.

Tabela 1- Características sociodemográficas dos voluntários, Palmas TO, 2015.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	5	50,0
Masculino	5	50,0
Estado civil		
Solteiro	3	30,0
Casado	3	30,0
Viúvo	2	20,0
Divorciado/Separado	2	20,0
Ocupação		
Profissional liberal	4	40,0
Funcionário público	1	10,0
Outra	5	50,0
Renda em SM*		
1 a 2	8	80,0
2 a 3	2	20,0
Escolaridade (anos de estudo)		
Sem instrução	1	10,0
1 a 2	2	20,0
4 a 7	4	40,0
11 a 14	2	20,0
>15	1	10,0
Doença		
Sim	8	80,0
Não	2	20,0
Dificuldade na prática de AF		
Sim	4	40,0
Não	6	60,0

*Salário Mínimo R\$788,00

Com relação ao NAF, observou-se no período pré intervenção que 3 dos idosos, representando 30% da amostra, estão classificados com alto nível de atividade física, outros 3 também representando 30%, estão classificados como moderado nível de atividade física e, 4 idosos, 40% da amostra, foram classificados com baixo nível de atividade física. Após a intervenção o número de idosos classificados baixo NAF foram apenas 2 idosos (Tabela 2).

Tabela 2 - Descrição do Nível de Atividade Física dos idosos pré e pós intervenção, Palmas TO, 2015.

Classificação	Pré intervenção		Pós intervenção	
	n	%	n	%
Alto	3	30	1	10
Moderado	3	30	7	70
Baixo	4	40	2	20
n	10	100	10	100

Os resultados alcançados com o NAF representado pelo Equivalente Metabólico (MET) destaca-se que o valor mínimo obtido pré intervenção foi de 66,00 e na pós intervenção foi de 297,00 demonstrando que houve um aumento substancial do MET pós intervenção (Tabela 3).

Tabela 3– Análise descritiva das variáveis do estudo (n=10).

	Mínimo	Máximo	Média	DP (\pm)
Idade (anos)	62	79	70	5,15
MET pré intervenção	66,00	6720,00	1656,85	2113,23
MET pós intervenção	297,00	6057,00	1722,45	1747,18

O domínio I (físico) está relacionado às facetas de dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou tratamentos, capacidade de trabalho; este domínio apresentou uma melhor média de percepção de QV após a intervenção, assim como no domínio IV (meio ambiente), que apresenta questionamentos sobre as facetas segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em, e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico: poluição/ruído/trânsito/clima e transporte, onde obtivemos neste domínio média de 14,30 (\pm 3,00) no período pré intervenção e 14,55 (\pm 2,17) no período pós intervenção (Tabela 4).

No domínio II (psicológico) são analisadas as facetas referentes à sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima;

imagem corporal e aparência; sentimentos negativos e espiritualidade/religião/crenças pessoais; o domínio III (relações sociais) é dividido em facetas sobre relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual, esses dois domínios apresentaram uma menor percepção no período pós intervenção. Em análise geral sobre qualidade de vida a média geral no período pré intervenção foi de 15,40 e se manteve após a intervenção (Tabela 4).

Tabela 4 - Análise descritiva da qualidade de vida dos idosos, Palmas TO, 2015.

Domínios	Pré intervenção			Pós intervenção		
	n	Média	DP (\pm)	n	Média	DP (\pm)
Físico	10	14,40	2,86	10	14,80	3,22
Psicológico	10	16,33	2,47	10	15,60	2,68
Relações Sociais	10	16,53	2,89	10	15,86	2,12
Meio Ambiente	10	14,30	3,00	10	14,55	2,17
DG	10	15,40	3,65	10	15,40	2,98

A tabela 5 refere-se à análise descritiva de maneira individual da QV dos idosos pré e pós intervenção, em análise, 7 pessoas da amostra tiveram uma melhora na percepção da QV após a intervenção em pelo menos um dos domínios.

Alguns resultados podem estar relacionados com fatores pessoais do voluntário, como é o caso de indivíduos infrequentes (Apêndice B).

Tabela 5 - Análise individual da qualidade de vida dos idosos, Palmas TO, 2015.

n	Domínios pré intervenção					Domínios pós intervenção				
	1 ¹	2 ²	3 ³	4 ⁴	Geral	1 ¹	2 ²	3 ³	4 ⁴	Geral
1	13,14	10,67	12,00	15,00	16,00	12,00	8,67	13,33	12,00	12,00
2	14,29	15,33	20,00	13,50	16,00	15,43	15,33	18,67	17,00	18,00
3	15,43	15,33	16,00	13,00	18,00	14,29	14,67	16,00	12,50	18,00
4	13,14	14,00	12,00	12,50	12,00	13,71	12,67	16,00	14,00	14,00
5	15,43	13,33	16,00	14,00	16,00	13,71	14,67	16,00	16,00	14,00
6	16,57	17,33	18,67	19,00	20,00	15,43	15,33	14,67	14,00	16,00
7	14,86	17,33	20,00	20,00	20,00	14,86	16,00	16,00	18,00	16,00
8	15,43	16,00	16,00	12,00	14,00	15,43	16,00	17,33	16,00	20,00
9	14,29	13,33	18,67	13,50	8,00	13,14	14,00	18,67	14,50	10,00
10	11,43	12,00	16,00	10,50	14,00	12,00	14,00	12,00	11,50	16,00

¹ Físico² Psicológico³ Relações Sociais⁴ Meio Ambiente

5 DISCUSSÃO

Pesquisadores na área de gerontologia admitem que as melhorias ocorridas no campo da medicina contribuíram para o aumento da expectativa de vida das pessoas, porém, o motivo principal para essa condição deve-se ao aumento da qualidade das condições de vida. Mesmo que o acontecimento dessas mudanças ainda deixem lacunas, pode-se observar que hoje as pessoas vivenciam uma situação bem melhor que seis décadas atrás, a ocorrência desses fatos, principalmente no Brasil contribuiu para que houvesse uma queda significativa nos números de morte nos anos iniciais de vida, todavia, o que mais favoreceu o aumento do grupo de pessoas com sessenta anos ou mais foi a redução nas taxas de fecundidade (VERAS, 2002).

Torna-se relevante expor que muitos pesquisadores na atualidade preocupam-se com a temática “AF para pessoas idosas ou terceira idade” no intuito de investigar as necessidades dessa nova demanda, bem como criar estratégias e metodologias que possam contribuir para um envelhecimento saudável. No Brasil, desde 1994, a pesquisadora Silene Okuma realiza estudos para verificação do significado da AF para o idoso. Okuma salienta que há alguns pontos que devem ser considerados sob o olhar dos idosos em relação à AF: 1- a saúde percebida é mais preditiva de satisfação na velhice do que na saúde medida por indicadores objetivos; 2- a vivência de experiências positivas com a AF é mais significativa para o idoso do que a falta das negativas; 3- a AF torna-se um compromisso interno e termina sendo um recurso para lidar com situações de estresse emocional, possibilitar a convivência amorosa, desenvolver a auto eficácia e romper com a imagem que a sociedade tem do idoso, representado pelo estereótipo de um ser velho, sem capacidade para nada (OKUMA 1998).

Este estudo revelou que após a intervenção, depois de participarem de um programa de atividade física orientada, a prevalência foi de idosos classificados com NAF moderado (70%) sendo que antes da intervenção grande parte da amostra (40%) haviam sido classificados com NAF Baixo.

Para avaliação da percepção da Qualidade de Vida foi utilizado o questionário WHOQOL em sua forma abreviada, o WHOQOL-bref. Ele permite fazer as mesmas comparações que a forma completa, foi validado e testado em diversos países. A forma abreviada abrange os 4 domínios (Físico, Psicológico, Relações Pessoais e Meio Ambiente) (FLECK et al., 2000).

Se tratando de percepção da QV o resultado não foi favorável. Com os resultados obtidos em relação a QV, foi observado no estudo que houve uma melhora na percepção da QV após a intervenção nos domínios I e IV, já nos domínios II e III houve uma redução na percepção quando avaliados após a intervenção com o programa de atividade física orientada.

No estudo de Oliveira (2011) foi observado que o NAF interfere na QV, sendo que aqueles com NAF semanal classificados como alto apresentam ainda maiores benefícios se comparados com aqueles classificados como moderado, e quando comparados com os classificados como Baixo a diferença se mostra ainda maior. No estudo feito com idosos por Mota et al., (2006), o principal resultado demonstra que a percepção da QV associada à saúde se encontra intimamente ligada à prática de AF. Este estudo comparou o nível de QV entre participantes de programas de AF e não participantes, sendo encontradas diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos.

Com o objetivo de promover um estilo de vida ativo à população, nos últimos anos vários programas de atividades físicas têm sido desenvolvidos em diversas regiões brasileiras.

Em 1994, Silene Okuma desenvolveu um programa de educação física, intitulado “Programa para Autonomia da Atividade Física (PAAF)” direcionado à terceira idade pela Faculdade de Educação Física da USP. Esse programa visa dar condições ao idoso de autogerir um programa de AF (OKUMA, 1998). Seguindo a linha, Alfredo Faria Júnior propõe o esquema IMMA (Idosos em Movimento Mantendo a Autonomia) através da Universidade do Rio de Janeiro, incluindo várias atividades físicas (FARIA JÚNIOR, 1999).

Em 1996 o Governo de São Paulo em parceria com o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS) lança e oferece à população paulista o Programa Agita São Paulo. O programa foi criado pelo CELAFISCS com a finalidade de aumentar o nível de conhecimento da população sobre os benefícios da AF, combater o sedentarismo e aumentar o NAF dos paulistanos (MATSUDO et al., 2008).

Diante das várias evidências sobre os benefícios da AF para os idosos, ela torna-se ferramenta muito importante por atenuar os declínios naturais do processo de envelhecimento e contribuir para a conquista de uma boa QV não somente na

velhice, mas desde o momento em que o indivíduo opta pela adoção de um estilo de vida ativo, seja em qualquer fase da vida.

6 CONCLUSÃO

Com a realização deste estudo foi possível observar uma melhora em relação ao NAF dos idosos, de acordo com o IPAQ. A grande parte dos idosos inicialmente foram classificados com NAF baixo que correspondia à maioria (40%) diminuindo esse percentual para apenas 2 idosos, o que representa 20% da amostra. Após a intervenção grande parte dos idosos foram classificados com NAF Moderado (70%), com isso houve uma redução de 30% para 10% classificados com NAF Alto. Se tratando de percepção da QV o resultado não foi favorável.

Os idosos analisados participaram do programa de atividade física sendo a maioria assíduos às sessões, mas havendo alguns casos de indivíduos infrequentes.

Este projeto foi acolhido pelos idosos como um incentivo à prática de atividade física, concluindo que se faz necessário a implantação de programas com incentivo à prática de atividade física para promoção da saúde com o intuito de prevenir o surgimento de doenças, melhorando a percepção da QV do idoso. Além do que é de fundamental importância ter orientações de profissionais preparados para acompanhar e tornar segura à prática da atividade física.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Denise Sardinha Mendes Soares de; ARAÚJO, Claudio Gil Soares de. Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 6, n. 5, p. 194-203, 2000.
- ARGIMON, I. I. L. Aspectos cognitivos em idosos. **Avaliação Psicológica [online]**, v. 5, n. 2, p. 243-245.
- ARGIMON, I. I. L; STEIN, L. M. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. **Rev. Public Health**, v. 21, n. 1: 64-72, 2005.
- ASSUMPÇÃO, Luís OT; MORAIS, Pedro Paulo de; FONTOURA, Humberto. Relação entre atividade física, saúde e qualidade de vida. Notas Introdutórias. **EF y Desp**, v. 52, 2002.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2013.
- BLEY, D.; NERNAZZA, L. N. La multiplicité usage du thème de qualité de vie. **Revue Prevenir**, 1997.
- CAMPOS, P. **Como está a qualidade de vida dos idosos institucionalizados? Escola de Artes Ciências e Humanidades – EACH**. São Paulo: USP, 2007.
- CARVALHO FILHO, E. T; PAPÁLEO NETTO, M. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2006.
- CARVALHO, T. de et al. Posição oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: atividade física e saúde. **Rev Bras Med Esporte**, v. 2, n. 4, p. 79-81, 1996.
- CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista Saúde Pública**, 1997. v. 31, n. 2
- CONTE, Antonio Lázaro. Qualidade de vida no trabalho. **Revista FAE business**, v. 7, p. 32-34, 2003.
- COTTA, R. M. M. et al. La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. **Revista Panamericana de Salud Publica**, 2002, v. 11, n.4.
- DE ALMEIDA AMARAL, Ana Paula; PIMENTA, Alexandre Palma. Perfil epidemiológico da obesidade em crianças: relação entre televisão, atividade física e obesidade. **outubro**, v. 20, p. 19-24, 2001.
- FARIA JÚNIOR, A. G. Atividades físicas para idosos – um desafio para a educação gerontológica. In: Anais do 7º Congresso de Educação Física e Ciências do Esporte dos Países de Língua Portuguesa, 1999.

FLECK, Marcelo PA et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Rev saúde pública**, v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

GONÇALVES, A.; VILARTA, R. **Qualidade de Vida e Atividade Física – explorando teoria e prática**. São Paulo: Manole, 2005. 287p.

GUIMARÃES, L. H. C. T. et al. Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividades físicas e idosos sedentários. **Revista Neurociências**, 2004, v. 12, n. 2.

HEIKKINEN, R. L. **The role of physical activity in healthy ageing**. Geneva: World Health Organization, 1998.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira**, n. 29, 2012.

INTERDONATO, Giovanna Carla; GREGUOL, Márcia. Qualidade de vida percebida por indivíduos fisicamente ativos e sedentários. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 18, n. 1, p. 61-67, 2010.

JACOB FILHO, Wilson; AMARAL, José Renato G. Avaliação global do idoso: manual da liga do GAMIA. In: **Avaliação global do idoso: manual da liga do Gamia**. Atheneu, 2006.

JÚNIOR, Novo; MARQUES, José. Atividade física e fatores relacionados: uma abordagem multiprofissional. 1ª edição. Ed. CRV, 2014. 268 p.

LEITÃO, Marcelo Bichels et al. Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: atividade física e saúde na mulher. **Revista brasileira de medicina do esporte**, v. 6, n. 6, p. 215-220, 2000.

LIMA, D. L.; LIMA, M. A. V. D.; RIBEIRO, C. G. Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira Ciência e Envelhecimento Humano**. Passo Fundo, v. 7, n. 3, set/dez, 2010.

MACIEL, E. S. **Qualidade de vida: análise da influência do consumo de alimentos e estilo de vida**. Dissertação (Mestrado) USP: Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz. Piracicaba, 2006.

MATSUDO S. M. et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 6, n.2, p. 5-18, 2001.

MATSUDO, S. et al. Do diagnóstico à ação: a experiência do Programa Agita São Paulo na promoção do estilo de vida ativo. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 13, n. 3, 2008.

MATSUDO, S. et al. Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. **Revista Mineira de Atividade Física e Saúde**. Viçosa, v. 5, n. 2, 2000.

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

MATSUDO, S. M. M.; MATSUDO, V. K. R.; BARROS NETO, T. L. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. São Paulo, v. 7, n. 1, 2001.

MATSUDO, S.; MATSUDO, V. Prescrição e benefícios da atividade física na terceira idade. **Revista Brasileira Ciência e Movimento Humano**, 1992.

MATSUDO, S; MATSUDO, V. Prescrição e benefícios da atividade física na terceira idade. **Revista Brasileira Ciência e Movimento**. Brasília, out., 2000.

MATSUDO, Sandra et al. Nível de atividade física em crianças e adolescentes de diferentes regiões de desenvolvimento. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 3, n. 4, p. 14-26, 2012.

MEIRELLES, M. A. E. **Atividade física na terceira idade**. Rio de Janeiro: Sprint, 3.ed, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MOTA, Jorge et al. Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. **Revista brasileira de educação física e esporte**, v. 20, n. 3, p. 219-225, 2006.

MOURA, L. F; CAMARGOS, A. T. Atividades educativas como meio de socialização de idosos institucionalizados. In: ENCONTRO DE EXTENSÃO DA UFMG. Belo Horizonte, 2005. **Anais...** 2005. p. 3-5.

NERI, A. L. **Maturidade e velhice. Trajetórias individuais e socioculturais**. Campinas, São Paulo: Papyrus, 2001.

NOBREGA, A. C. L. et al. Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde do idoso. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. v. 5, n. 6. p. 207-211, Nov – dez, 1999.

NUNOMURA, Myrian; TEIXEIRA, Luis Antonio Cespedes; FERNANDES, Mara Regina Caruso. Nível de estresse em adultos após 12 meses de prática regular de atividade física. **Revista Mackenzie de educação física e esporte**, v. 3, n. 3, 2009.

OKUMA, S. S. **O Idoso e a atividade física: fundamentos e pesquisa**. Campinas: Papyrus, 1998.

OKUMA, S. S. **O idoso e a Atividade Física: fundamentos e pesquisa**. 3 ed. São Paulo: Papyrus, 2004.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE. Active Ageing – a policy framework. Second United Nations World Assembly on Ageing. Madri, Spain, April, 2002.

PAFFENBARGER Jr, R; KAMPERT, J.; LEE, I. Physical activity and health of college men: longitudinal observations. **Int. J. Sports Med.** 1997.

PALLONI, A; PELÁEZ, M. Histórico e natureza: In: Lebrão, M. L; Duarte, Yao. SABE: Saúde, Bem-estar e Envelhecimento: **O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan – Americana da Saúde, 2003.

PARDINI, Renato et al. Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ-versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. **Rev. Bras. Ciên. e Mov. Brasília v**, v. 9, n. 3, p. 39-44, 2001.

PASCHOAL, S. M. P. Autonomia e independência. In: Papáleo Netto, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo, Atheneu, 1996.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de Vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico**. (Tese de Doutorado) São Paulo: USP, 2004.

PEREIRA, R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria, RS**, v.28, n.1, p.27-38, 2006.

PIRES, Cecília da Graça Afonso. Qualidade de vida. 2007.

PROFILE, CARDIORESPIRATORY RESISTANCE. Perfil da resistência cardiorespiratória em mulheres idosas com sobrepeso do programa de atividade física no SESC de Nova Friburgo/RJ/Brasil. 2007.

RIBEIRO, R. C. L. **Capacidade funcional e qualidade de vida de idosos. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 4, 2002.

SAMULSKI, Dietmar Martin; NOCE, Franco. A importância da atividade física para a saúde e qualidade de vida: um estudo entre professores, alunos e funcionários da UFMG. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 5, n. 1, p. 5-21, 2012.

SILVA, D. C.; LIMA, G. H.; OLIVEIRA, J. A. Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares em grupo populacional do Agreste Pernambucano. **Veredas Favip – Revista Eletrônica de Ciências**, v. 1 n. 1. Janeiro a Junho 2008.

SILVA, M. C. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. Textos sobre envelhecimento. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2005.

SILVA, Rodrigo Sinnott et al. Atividade física e qualidade de vida. **Cien Saude Colet**, v. 15, n. 1, p. 115-120, 2010.

SOUZA, P. S. et al. Avaliação do desempenho cognitivo em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** 2007. v. 10, n. 1.

SPIRDUSO, W. W. **Força e endurance muscular: dimensões físicas do envelhecimento**. São Paulo: Manole, 2005.

TEIXEIRA, C. F. Transição epidemiológica, modelo de atenção à saúde e previdência social no Brasil: problematizando tendências e opções políticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, 2004.

UTIYAMA, L. TEIXEIRA, L. Efeitos de um programa de atividades motoras nas variáveis da função pulmonar de idosos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. 2002; 7: 14 - 23.

VERAS, R. P. Atenção Preventiva ao Idoso – Uma Abordagem de Saúde Coletiva. In: Papaléo Netto M. **Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002.

VITTA, A. Atividade física e bem estar na velhice. In: NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (Org.) **E por falar em boa velhice**. Campinas: Papyrus, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Termo De Consentimento Livre E Esclarecido



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 3.607, de 17/10/05, D.O.U. nº 202, de 20/10/2005

ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE –

N. _____

Eu, _____, RG

_____, abaixo qualificado, DECLARO para fins de participação em pesquisa, na condição de sujeito da mesma, que fui devidamente esclarecido sobre o Projeto de Pesquisa intitulado: “**Nível de Aptidão Física Funcional e a Percepção da Qualidade de Vida de idosos praticantes de atividade física**”, desenvolvido pelo(a) Pesquisadores Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma e Erika da Silva Maciel quanto aos detalhes abaixo relacionados:

A pesquisa tem como objetivo avaliar o nível de aptidão física funcional e a percepção da qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física no desempenho das atividades da vida diária.

O envelhecimento é um processo que provoca o declínio e diminuição da capacidade funcional, sobretudo quando se segue um estilo de vida sedentário. A prática de atividade física é um fator de grande importância na velhice, visto que atua como um meio preventivo ou redutor dos efeitos destrutivos do envelhecimento pelos vários benefícios que ela proporciona, entre alguns, citemos o aumento da massa e força muscular, controle da pressão arterial, diminuição de quadros depressivos.

A pesquisa é constituída por um protocolo de testes de aptidão física com a finalidade de identificar a aptidão funcional, questionários com fins de levantamento das condições sociodemográficas, prática de atividade física, qualidade de vida entre outras. Gostaríamos de deixar claro que esta pesquisa é independente de qualquer atividade que o senhor (a) desenvolve em seu grupo de trabalho.

Pesquisador(a)

Espera-se como benefício da pesquisa a percepção da aptidão e condições físicas dos idosos participantes. Quanto aos riscos, os testes de aptidão física

podem vir a provocar a ocorrência de alguns sintomas, como fadiga não habitual, confusão ou desorientação, visão turva e queda em decorrência do esforço excessivo em realizar as atividades propostas. Porém, durante todo o momento da aplicação da pesquisa, todos os participantes serão acompanhados e orientados para evitar esses possíveis acontecimentos. Deixamos claro também, que a qualquer momento você poderá desistir de participar da pesquisa, sem que isso implique em prejuízo para você ou o pesquisador. Asseguramos que todas as informações prestadas pelo senhor (a) são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas. Se você tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se à vontade para fazê-la, agora, ou futuramente contatando por telefone inscrito abaixo.

QUALIFICAÇÃO DO DECLARANTE

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: M (___) F (___) Tel.: _____

Endereço: _____

nº _____ Complemento: _____

Cidade: _____ Cep: _____

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR

DECLARO ter elaborado este Termo para obter de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do declarante acima qualificado para a realização desta pesquisa e COMPROMETO-ME a presar pela ética tal qual expresso na Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS n. 466/2012 versão ENCEP 2012.

Palmas, _____ de _____ de 20____.

Pesquisador(a)

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

DECLARO estar ciente de todos os detalhes inerentes a pesquisa e COMPROMETO-ME a acompanhar todo o processo, presando pela ética tal qual

expresso na Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS n.466/2012 e, especialmente, pela integridade do sujeito da pesquisa.

Palmas, _____ de _____ de 20_____.

Prof Dtn. Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma

Prof.^a Dr. Erika da Silva Maciel

CONTATOS:

Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma
Endereço: Avenida Teotônio Segurado
1501 Sul Palmas – TO
Fone (63) 81008485
E-mail: ferodriguesto@gmail.com

Erika da Silva Maciel
Endereço: Avenida Teotônio Segurado
1501 Sul Palmas - TO
Telefone: (63) 32198110
E-mail: erikasmaciel@ceulp.edu.br

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas – CEPCEULP

Endereço: Avenida Teotônio Segurado 1501 Sul Palmas - TO CEP 77.019-900
Telefone: (63) 3219-8052
E-mail: etica@ceulp.edu.br

Assim, DECLARO que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador, ter lido este Termo e ter entendido o que me foi explicado oralmente e devidamente apresentado neste documento, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa rubricando todas as folhas deste Termo e assinando a ultima.

Palmas, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do Participante

APÊNDICE B – FREQUÊNCIAS MENSAIS

FREQUENCIA MÊS DE SETEMBRO

Nº	PARTICIPANTE	01	03	05	08	10	12	15	17	19	22	24	26
1	Participante 1	.	.	.	.	F	.	.	.	.	.	.	.
2	Participante 2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
3	Participante 3	.	.	.	.	.	F	.	.	.	.	.	.
4	Participante 4	.	.	.	.	.	F	.	.	.	.	.	.
5	Participante 5	.	.	.	F	.	.	.	F	.	.	.	.
6	Participante 6	F	.	.	.	.	.	.	.	.	F	.	.
7	Participante 7	F	F	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
8	Participante 8	.	.	.	.	.	.	F	F	F	.	.	.
9	Participante 9	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
10	Participante 10	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

FREQUENCIA DO MÊS DE OUTUBRO

Nº	PARTICIPANTE	01	03	06	08	10	13	15	17	20	22	24	27	29	31
1	Participante 1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	F	.	.	.
2	Participante 2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	F	F	.
3	Participante 3	.	.	.	.	F	.	.	.	.	F	.	.	.	.
4	Participante 4	.	.	.	.	F	.	.	.	.	F	.	.	.	.
5	Participante 5	F	.	.	.	.	.	.	F	.	.	.	.	.	.
6	Participante 6	.	.	F	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	F
7	Participante 7	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
8	Participante 8	F	F	.	.	.	.	.	.	F	.	.	F	.	.
9	Participante 9	.	F	.	.	F	.	.	.	.	.	.	.	F	F
10	Participante 10	.	.	.	.	.	.	.	.	F	.	.	.	.	.

FREQUENCIA MÊS DE NOVENBRO

Nº	PARTICIPANTE	03	05	07
1	Participante 1	.	.	.
2	Participante 2	.	.	.
3	Participante 3	.	.	.
4	Participante 4	.	.	.
5	Participante 5	.	.	.
6	Participante 6	.	.	.
7	Participante 7	.	.	.
8	Participante 8	.	.	.
9	Participante 9	.	.	.
10	Participante 10	.	.	.

ANEXOS

ANEXO A - Questionário Internacional De Atividade Física –
Versão Curta



Nome: _____

Data: ____ / ____ / ____ Idade : ____ Sexo: F () M ()

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Este projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo. Suas respostas nos ajudarão a entender que tão ativos nós somos em relação à pessoas de outros países. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na **ÚLTIMA** semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são **MUITO** importantes. Por favor responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação !

Para responder as questões lembre que:

- atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal
- atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez.

1a Em quantos dias da última semana você **CAMINHOU** por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

dias ____ por **SEMANA** () Nenhum

1b Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando **por dia**?

horas: ____ Minutos: ____

2a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA**)

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

2b. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

3a Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos**, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

3b Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

4a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana**?

_____ horas ____ minutos

4b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um **dia de final de semana**?

_____ horas ____ minutos

ANEXO B - Versão Em Português Dos Instrumentos De Avaliação De
Qualidade De Vida (Whoqol) 1998

Instruções					
<p>Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha, entre as alternativas, a que lhe parecer mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:</p>					
	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	Boa	muito boa
--	--	------------	------	------------------	-----	-----------

1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

		muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5

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

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

		Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	Sempre
--	--	-------	---------------	----------------	----------------------	--------

26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

(PREENCHA ATRÁS DA FOLHA) OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO C - Formulário com os Dados de Identificação, Sociodemográfico e
Condições de Saúde

Data: _____

1- Nome: _____

2- Idade: _____

3- Data de nascimento: ____/____/_____

4- Natural (cidade/Estado/país): _____

5- Quanto tempo mora em Palmas TO?

6- Qual (s) é sua origem étnica?

COR BRANCA (DESCENDENTES DE EUROPEUS/OCIDENTAIS)

COR PRETA (DESCENDENTES DE AFRICANOS/AFROBRASILEIROS)

COR PARDA (DESCENDENTES DE INDIVÍDUOS DE COR/ETNIAS DIFERENTES-MISCIGENAÇÃO/MESTIÇAGEM)

Mestiços de pais de cores ou etnias diferentes: preta e branca; preta e índio; branca e índio, e assim por diante...

COR AMARELA (DESCENDENTES DE ASIÁTICOS/ORIENTAIS)

RAÇA/ETNIA INDÍGENA (DESCENDENTES DE ÍNDIOS)

7- Qual é a sua religião?

Católica Apostólica Romana Evangélica

Espírita Judaica

Outras. Qual (s)?

8- Qual é o seu estado civil?

Solteiro Casado

Viúvo Divorciado/Separado

Outro. Qual?

9- Qual foi a sua principal ocupação na maior parte da sua vida?

Profissional Liberal Comerciante

Funcionário Público() Outra. Qual?

10- Você faz trabalho voluntário? Sim Não

Caso afirmativo,

Em que: _____

11- Qual a sua renda mensal familiar (salários mínimos)?

- | | |
|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> < 1 | <input type="checkbox"/> 1—2 |
| <input type="checkbox"/> 2—3 | <input type="checkbox"/> 3—4 |
| <input type="checkbox"/> 4—6 | <input type="checkbox"/> 6—8 |
| <input type="checkbox"/> 8—10 | |

12- Qual o seu nível de escolaridade (anos de estudo)?

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sem instrução | <input type="checkbox"/> 1 a 3 anos |
| <input type="checkbox"/> 4 a 7 anos | <input type="checkbox"/> 8 a 10 anos |
| <input type="checkbox"/> 11 a 14 anos | <input type="checkbox"/> >15 anos |

13- Você tem alguma doença? Sim Não

Caso afirmativo:

Qual (s)?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problema cardíaco | <input type="checkbox"/> Problema de coluna |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão/Pressão alta | <input type="checkbox"/> Catarata |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Câncer |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Bronquite crônica |
| <input type="checkbox"/> Reumatismo | <input type="checkbox"/> Problema no sistema nervoso |
| <input type="checkbox"/> Depressão | <input type="checkbox"/> Labirintite |
| <input type="checkbox"/> Artrose | <input type="checkbox"/> Problema intestinal |
| <input type="checkbox"/> Outras. Qual (s)? | |

14- Seu estado de saúde atual, dificulta a prática de atividade física?

- Sim Não

Caso Afirmativo:

De que modo dificulta?

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INFLUÊNCIA DA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA NA PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA **Pesquisador:** Erika da Silva Maciel **Área**

Temática:

Versão: 5

CAAE: 07042712.0.0000.5516

Instituição Proponente: Centro Universitário Luterano de Palmas - ULBRA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.131.093

Data da Relatoria: 26/06/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se ampliação de proposta de pesquisa, cujo trabalho tem como objetivo avaliar o nível de aptidão física funcional e a percepção da qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física no desempenho das atividades da vida diária. Esta pesquisa será aplicada com um grupo de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Sistema Único de Saúde (SUS) localizado na região sul de Palmas/TO. Os instrumentos utilizados serão o Questionário Internacional de Atividade Física versão curta e semanal (IPAQ), desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), validado no Brasil pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS) em 2001, com o objetivo de identificar o nível de atividade física. Para avaliação da aptidão funcional será empregado o protocolo desenvolvido por Rikli; Jones (2008), com os testes a seguir: levantar da cadeira, levantar e caminhar por 2,5m, sentar e alcançar (Banco de Wells) para avaliação da flexibilidade. Na avaliação da percepção da qualidade de vida será aplicado o questionário WHOQOL-bref (WHOQOL GROUP, 1998b), constituído de 26 questões. Será analisado também o estado nutricional dos idosos onde os indicadores antropométricos utilizados serão peso e estatura com a finalidade do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) e a coleta do perímetro da cintura.

Continuação do Parecer: 1.131.093

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Avaliar o nível de aptidão física funcional e a percepção da qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física orientada.

Objetivos Específicos

- Verificar o nível de atividade física dos idosos que participarão da pesquisa
- Determinar o nível de aptidão física funcional dos idosos participantes da pesquisa antes e após intervenção.
- Investigar a percepção da qualidade de vida dos respectivos idosos, antes e após intervenção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

A aplicação dos testes de aptidão física pode vir a provocar a ocorrência de alguns sintomas, como fadiga não habitual, contração ou dor torácica, confusão ou desorientação, visão turva e queda em decorrência do esforço excessivo em realizar as atividades propostas.

Para minimizar o surgimento de qualquer eventual desconforto durante os testes, os idosos serão acompanhados e orientados enquanto perdurar a aplicação das atividades propostas. Os pesquisadores comprometem-se a prestar os encaminhamentos necessários ao profissional especializado (equipe de enfermagem do local) caso algum voluntário apresente algum sintoma físico como desconforto, tontura entre outros.

Benefícios

Os dados coletados poderão, após aplicação de coleta e análise de dados, descrever se houve ou não uma melhora na aptidão física funcional com a prática de atividade física e poderão contribuir para uma melhor qualidade de vida nessa população. Os pesquisadores comprometem-se a realizar a devolutiva dos dados orientando às idosas quanto aos resultados do estudo e fornecendo informações para melhorar a execução das atividades durante o dia a dia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta alta relevância em sua execução, se caracterizando em uma proposta acadêmica de valor social considerável.



Continuação do Parecer: 1.131.093

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos anexados em conformidade

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto apto à execução

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PALMAS, 30 de Junho de 2015

Assinado por:
MÁRCIA MESQUITA VIEIRA
(Coordenador)

ANEXO E – RELATÓRIO DA ANÁLISE DE PROJETO PELA COMISSÃO DE
AVALIAÇÃO DE PROJETO E PESQUISA



PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS
SECRETARIA DE SAÚDE
FUNDAÇÃO ESCOLA SAÚDE PÚBLICA

RELATÓRIO DA ANÁLISE DE PROJETO PELA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO
DE PROJETO E PESQUISA

Nº 033 – 05/2015

INSTITUIÇÃO: Centro Universitário Luterano de Palmas - ULBRA

PESQUISADOR: *Fernando Peixoto Quaresma*

TÍTULO DO TRABALHO: Influência da Prática de Atividade Física na Percepção da Qualidade de Vida de Idoso Participantes de um Programa de Atividade Física.

PARECER

Após reunião da Comissão de Avaliação de Projeto e Pesquisa e de acordo com a resolução 466/2012 que rege sobre a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, e que, determina que toda pesquisa deve ser realizada dentro de princípios éticos e morais, concluiu-se que a referida pesquisa atende às necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, estando sua execução liberada.

SITUAÇÃO DO PROJETO: *Aprovado*

Palmas, 11 de maio de 2015

Werlem B. S. Santiago

Werlem Batista da Silva Santiago
Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas

Comissão de Avaliação
de Projetos e Pesquisas