UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA

UNICAMP

"ATIVIDADE FÍSICA E OS DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA E DO AUTOCONCEITO NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO"

Flávia Sattolo Rolim

Profª. Drª. Vera Aparecida Madruga Forti

Orientanda: Flávia Sattolo Rolim

Orientadora: Profª Drª Vera Aparecida Madruga Forti

"ATIVIDADE FÍSICA E OS DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA E DO AUTOCONCEITO NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO"

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Educação Física.

CAMPINAS/2005

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA

BIBLIOTECA FEF - UNICAMP

Rolim, Flávia Sattolo

R646i Atividade física e os domínios da qualidade de vida e do autoconceito no processo de envelhecimento / Flávia Sattolo Rolim - Campinas, SP: [s.n], 2005.

Orientador: Vera Aparecida Madruga Forti.
Dissertação (mestrado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas.

1. Qualidade de vida. 2. Atividade física. 3. Autoconceito. 4. Envelhecimento. 5. Idosos. I. Forti, Vera Aparecida Madruga. II. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física. III. Título.

Flávia Sattolo Rolim

ATIVIDADE FÍSICA E OS DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA E DO AUTOCONCEITO NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.

Este exemplar corresponde à redação final da Dissertação de Mestrado defendida por Flávia Sattolo Rolim e aprovada pela Comissão Julgadora em 17/08/2005.

Profa. Dra. Vera Aparecida Madruga Forti
Orientadora

BANCA EXAMINADORA

Titulares:

Profa. Dra. Maria José D´Élboux Diogo
Profa. Dra. Maria da Consolação G. Cunha F. Tavares

Suplentes:

Profa. Dra. Anita Liberalesso Neri

Prof. Dr. Edson Duarte

Dedicatória

A meu filho Frederico...

Alguém que só me traz mais amor, compaixão e alegria a cada momento vivido...

E a meu Anjinho da Guarda e Mestres que me auxiliam e me guiam a cada descoberta da minha vida...

Agradecimento especial

A meus pais e irmãos

Obrigada por todo carinho, estímulos e “puxões de orelhas”,
mas principalmente, obrigada pelo amor dirigido a mim.
Se hoje estou aqui, é devido a vocês...

Igor

Obrigada pelo companheirismo, alegrias e paciência...
Estar com você me engrandece...
Lembre-se sempre...

Thais e Daninha

Não poderia deixar de agradecê-las...
Estiveram sempre ao meu lado nesses últimos anos.
Vocês são muito especiais!

Obrigada a todos
Amo todos vocês!

Profa. Dra. Vera Aparecida Madruga Forti

Muito obrigada pela confiança, carinho e dedicação...

Com você aprendi muito mais do que apenas fazer uma dissertação, existiram ensinamentos para a vida...

Agradecimentos

Aos professores e alunos do curso de mestrado da FEF-Unicamp, que direta ou indiretamente me ajudaram na concretização deste trabalho;

Às professoras e alunos do curso 2003 em Gerontologia.
Obrigada pelos ensinamentos, incentivos e grandes descobertas.
A convivência com todos vocês me fez crescer muito;

Aos voluntários que participaram dessa pesquisa, pelo tempo que dispensaram.
Sem a participação de vocês seria impossível a realização deste trabalho;

A professora Odenise, por ter aberto o seu espaço à essa pesquisa e por todos os ensinamentos que aprendi com a sua convivência;

Ao SESC, em especial ao Professor Saga, que disponibilizou este espaço à minha pesquisa;

À Universidade Estadual de Campinas;

À Faculdade de Educação Física que nos possibilitou a realização desta pesquisa;

Ao pessoal da Empresa Júnior de Estatística do Instituto de Matemática, Estatística e Ciência da Computação da UNICAMP, pelo auxílio e colaboração no planejamento estatístico da pesquisa;

A todos que de alguma forma contribuíram com meu crescimento.
Muito obrigada!!

SUMÁRIO

RESUMO 10
ABSTRACT 11
1. INTRODUÇÃO 12
2. REVISÃO DA LITERATURA 14
2.1. "ENVELHECIMENTO" 15
2.2. "PARADIGMA *LIFE-SPAN* E AUTOCONCEITO" 17
2.3. "QUALIDADE DE VIDA" 22
2.4. "QUALIDADE DE VIDA NO ENVELHECIMENTO" 27
2.5. "ATIVIDADE FÍSICA" 29
3. OBJETIVO 34
4. MATERIAL E MÉTODOS 36
4.1. "POPULAÇÃO ESTUDADA" 37
4.2. "ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA" 37
4.3. "CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO" 38
4.4. "PLANEJAMENTO GERAL EXPERIMENTAL" 38
4.4.1. QUESTIONÁRIOS APLICADOS 39
3.5. "ANÁLISE ESTATÍSTICA" 43
5. ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO 45
5.1. "CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA" 46
5.2. "DADOS SOBRE ESTILO DE VIDA" 51
5.3. "CORRELAÇÃO ENTRE OS DADOS" 55
6. CONSIDERAÇÕES FINAS 62
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS 64
8. ANEXOS 69
8.1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 71
8.2. PARECER COMITÊ DE ÉTICA 73
8.3. FICHA ANAMNESE 75
8.4. ESCALA FATORIAL DE AUTOCONCEITO 77
8.5. SF-36 : QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA 81
8.6. PERCEPÇÃO ATUAL ENTRE QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADE FÍSICA 84

ROLIM, Flavia Sattolo. *ATIVIDADE FÍSICA E OS DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA E DO AUTOCONCEITO NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO*. 2005. 82f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

RESUMO

Sabendo que o processo de envelhecimento é comum a todo ser humano e que, por diversos motivos, a população mundial e também a brasileira se apresentam cada vez com mais idade e com os problemas e agravos decorrentes deste processo, é que este trabalho tem como objetivo analisar de que forma essas pessoas que estão em uma etapa mais avançada de suas vidas, praticantes de atividade física de modo regular e prolongado, percebem a relação entre esta prática e sua atual qualidade de vida e como elas se autoconceituam. Pesquisando, analisando e repensando os conceitos relacionados ao processo de envelhecimento, a atividade física e a qualidade de vida, bem como, os referentes a auto-estima, ao envelhecimento bem-sucedido e ao autoconceito verificaremos como eles se interagem e agem sobre a saúde e a qualidade de vida dessa população e de que forma essas pessoas o percebem. Participaram desta pesquisa 37 voluntários, com idade entre 50 e 80 anos, praticantes de atividades físicas de forma regular e prolongada há pelo menos doze meses, com nível escolar mínimo do segundo ciclo do ensino fundamental. Foram aplicados dois questionários: SF-36, que é um instrumento de avaliação genérico de qualidade de vida relacionado à saúde, e a Escala Fatorial de Autoconceito. A coleta de dados foi realizada em três grupos, sendo: Extensão Hidroginástica - Faculdade de Educação Física/UNICAMP, Atividades Corporais – SESC/Campinas e Consciência Corporal - Espaço de Conscientização Corporal Odenise/Campinas. Para a análise estatística foi utilizado o pacote estatístico SAS e o teste Qui-quadrado de Pearson, onde realizamos um estudo exploratório descritivo com amostra de conveniência através de um corte transversal. Os resultados nos mostraram que existe uma relação entre a prática regular de atividades físicas diversas, realizadas há mais de um ano, com a Qualidade de Vida e com o Autoconceito. Também foi apontado pelos voluntários que existe uma grande relação entre a prática regular de atividades físicas e sua Qualidade de Vida percebida naquele momento. Esta pesquisa contou com o auxílio do Conselho Nacional de Pesquisa - CNPq.

Palavras-chaves: Atividade Física; Envelhecimento; Qualidade de vida; Autoconceito.

ABSTRACT

The present study arises from the knowledge that the ageing process is universal to all human being. This is clearly seeing as well as that the world population and also the brasilian one had increased at this specific population, showing its problems and illness common to them. This study has the objective to analyze in which way this population, that practice regular and prolonged physical activity, realize the relation between this practice and their actual quality of life, as well as how they self-concept themselves. Topics of ageing process, physical activity, quality of life, well-succeeded ageing and self-concept were researched and analyzed to verify how they integrated and acted on the health and quality of life of this population and how this people perceived it. This study counted with 37 volunteers, with age between 50 and 80 years of age, who practices regular and prolonged physical activity, with minimum scholarship of the second degree of the fundamental school. Two questionnaires were used, the SF-36 was the instrument to evaluate quality of life and the Self-concept Factorial Scale – EFA was the instrument to evaluate self-concept. The volunteers came from three different places: Hidrogimnastic – Physical Education School/UNICAMP, Body Activities – SESC/Campinas and Center of Body Counciouness – Odenise`s Center of Body Counciouness. This is a descriptive exploratory study with convenient population. It was used the statistical package SAS and Pearson's Chi-square test. The results showed that exists a relationship between the practice of regular and prolonged physical activity with the Quality of Life and the Self-concept. The volunteers pointed as well that there is a big relationship between the practice of regular physical activity e the Quality of Life perceived by them at that moment. This research had the financial support from National Counseling for Research (CNPq).

Key words: physical activity, ageing, quality of life, self-concept.

1. INTRODUÇÃO

O fenômeno do envelhecimento está cada vez mais presente no mundo atual e com isso torna-se necessário estudar de forma profunda e abrangente os mecanismos que possam ajudar essa crescente população a ter uma vida mais digna e de qualidade.

Muitos autores já demonstraram a estreita relação entre hábitos de vida saudáveis e bom envelhecimento (GOBBI, 1997; HURLEY; HAGBERG, 1998; LESSA, 1999; CARVALHO, 2003), fazendo parte daquele a prática regular e prolongada de atividade física, além de uma boa nutrição, o hábito de não fumar, entre outros fatores.

Os estudos têm aumentado substancialmente e de forma rápida dentro da área da Gerontologia, onde novas teorias estão sendo propostas, avaliadas e checadas no intuito de "acrescentar vida aos anos e não apenas anos à vida" (FREIRE, 2000, p. 23).

Como não poderíamos deixar de notar, os estudos sobre Qualidade de Vida despontam sobre as mais diversas áreas e, conseqüentemente, avançam também na Educação Física e na Gerontologia. Através da convergência desses conhecimentos, o intuito deste projeto foi o de explorar, estimar e entender essas relações através, também, da perspectiva de quem está dentro desse processo.

Para a viabilização desse, realizamos uma revisão de literatura com tópicos sobre Envelhecimento, Paradigma Life-Span, Qualidade de Vida, Qualidade de Vida no Envelhecimento e Atividade Física, que serão abordados a seguir.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. "Envelhecimento"

É notório que a população brasileira e mundial está envelhecendo, sendo de fácil visualização a variedade de fatores que podem ser citados como responsáveis pela ocorrência deste fenômeno. Faz-se cada vez mais necessário e importante discutir, estudar e divulgar os novos conhecimentos relacionados a estas pessoas.

Segundo Araújo (2001, p. 2) "repensar a velhice de forma a ressaltar as suas virtudes, potencialidades e características é promover a longevidade saudável do idoso", pois, como aponta Veras (2002, acessado em 25/09/2002) "o Brasil é um país que envelhece, a passos largos. As alterações na dinâmica populacional são claras, inexoráveis e irreversíveis".

Ressalta ainda, que em aproximadamente 20 anos - entre 1960 e 1980 – "observou-se, no Brasil, uma queda de 33% na fecundidade" ao mesmo tempo que a expectativa de vida do brasileiro passou de 33 anos em média, no início do século XX, para atingir a média de 68 anos no final deste mesmo século.

Veras (2002) nos alerta que:

> "a diminuição no ritmo de nascimento resulta, em médio prazo, no incremento proporcional da população idosa. Hoje a população de idosos totaliza 15 milhões de brasileiros, que em vinte anos serão 32 milhões. Esse segmento populacional, ao crescer quinze vezes no período de 1950 a 2020, em contraste com a população total que terá crescido apenas cinco vezes, situará o Brasil como o sexto país do mundo em termos de massa de idosos" (acessado em 25/09/2002).

Segundo este autor, o aumento dessa população implica em modificações não só demográficas, mas também econômicas e sociais:

> "Em paralelo às modificações observadas na pirâmide populacional, doenças próprias do envelhecimento ganham maior expressão no conjunto da sociedade. Um dos resultados desta dinâmica é uma demanda crescente por serviços de saúde" (VERAS, 2002, acessado em 25/09/2002).

O grande desenvolvimento tecnológico obtido na área da saúde pode ser visto como uma possibilidade de minimizar os efeitos do envelhecimento, pois possibilita a

criação de melhores técnicas com relação à prevenção e ao controle das doenças infecto-contagiosas e das enfermidades crônico-degenerativas, diminuindo assim a taxa de mortalidade e também expandindo a expectativa de vida da população (LESSA, 1999).

De acordo com Salgado (1988) apud Carvalho (2003, p. 6) "na medida em que as sociedades se desenvolvem, aumenta-se a probabilidade de existir um maior número de idosos na população, pois a longevidade é uma conquista do desenvolvimento.

Para Gro Harlem Brundtland, ex-diretora-geral da ONU, o "envelhecimento populacional é a primeira e a mais importante história de sucesso para as políticas de saúde pública assim como para o desenvolvimento social e econômico..." (ONU, 2002, p. 6)[1].

Na concepção de Veras (2002), a queda da taxa de mortalidade e a redução da taxa de fecundidade, a partir da década de 1960, são os dois determinantes básicos da transição demográfica, caracterizada pela mudança de um nível alto de mortalidade e fecundidade para níveis mais baixos, o que altera significativamente a estrutura etária da população, já que "o processo de envelhecimento começa desde o momento da concepção e só termina com a morte [...]" (MEIRELLES, 2000, p. 28; MATARUNA DOS SANTOS; BRIGHETTI, 2002, p. 35).

Meirelles (2000) define velhice como sendo:

> "[...] um processo dinâmico e progressivo onde há modificações tanto morfológicas como funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que culminam por levá-los à morte" (p. 28).

No entanto, seria interessante enfatizar que essa definição esta mais próxima da questão do envelhecimento do que propriamente da terminologia "velhice", pois como relata a Organização Mundial da Saúde (OMS), a velhice seria: "[...] o prolongamento e término de um processo representado por um conjunto de modificações fisiomórficas e psicológicas ininterruptas à ação do tempo sobre as pessoas" (ARAÚJO, 2001, p. 7).

---

[1] "Population ageing is first and foremost a success story for public health policies as well as social and economic development. ..."

Para Neri (2002) a condição da velhice é a última fase do ciclo vital, que é delimitada por eventos de natureza múltipla como perdas motoras, afastamento social e especialização cognitiva. Já envelhecimento é o processo genético (biológico) que apresenta ritmo, efeito e duração que são individuais e que possuem origem genético-biológico, sócio-histórico e/ou psicológico.

Para a autora o envelhecimento é caracterizado pelo aumento na probabilidade de morte, diminuição da plasticidade comportamental, aumento da vulnerabilidade e acúmulo de perdas evolutivas. Idosos são os indivíduos que se encontram dentro de uma faixa etária, socialmente estipulada, de 60 anos para países em desenvolvimento, como o caso do Brasil ou de 65 anos para países desenvolvidos. Vários elementos são importantes na determinação das diferenças entre os idosos como gênero, classe social, saúde, educação, personalidade, história de vida, contexto social, que segundo Neri (2002), vão auxiliar nas pesquisas com essa população.

Barbosa (2000, p. 19) aponta a importância da adaptação dessas pessoas ao seu novo estado físico, psicológico e social, pois "não estar adaptado, significa acelerar o processo de envelhecimento".

Já para Araújo (2001, p. 34) "o envelhecimento torna-se acelerado quando o indivíduo vive em um ambiente indesejado", trazendo à tona, então, a importância do contexto sociocultural para os idosos.

Dentro das novas pesquisas e teorias que tentam explicar de que forma ocorre o Processo de Envelhecimento existe uma conhecida como Perspectiva *Life-Span* ou Paradigma de Desenvolvimento ao Longo da Vida, utilizada pela Psicologia nos seus estudos sobre envelhecimento, que percebe o "desenvolvimento como um fenômeno que acontece durante toda a extensão ou ao longo da vida" (NERI, 2002, p. 56) e será detalhada a seguir.

2.2. "Paradigma *Life-Span* e Autoconceito"

O paradigma *Life-Span* aponta a interação entre eventos genético-biológicos (maturação, crescimento, envelhecimento), sócio-culturais (geração, coorte, classe social, grupo profissional) e psicológicos, ou seja, não entende apenas a idade como a única variável que pode influenciar na vida dos idosos e organizar um trabalho de pesquisa, outras variáveis também influenciam o desenvolvimento das pessoas e podem organizar as mais diversas pesquisas.

Segundo este paradigma, o processo de envelhecimento também é influenciado pelas variáveis denominadas como normativas ligadas à graduação por histórias e as não-normativas, além das normativas ligadas à graduação por idade. Estas últimas variáveis, segundo Neri, (1995, p. 30) "são determinantes biológicos e ambientais, cuja influência tem alta correlação com a idade cronológica". Essa autora traz como exemplos a maturação biológica e a socialização, pois permitem a aquisição de papéis e competências sociais relacionadas à idade.

Para Neri (1995), as influências normativas relacionadas à graduação por história "consistem em eventos de alcance genérico, que são experienciados por uma dada unidade cultural, e que guardam relações com mudanças biossociais que afetam todo o grupo etário", onde segundo a autora, "são influências que tendem a ser experimentadas de modo mais ou menos uniforme por todo o grupo ou coorte, em virtude de fatores do contexto que atingiram igualmente a todos" (p. 30).

A diferença entre as variáveis normativas e as não-normativas é que estas últimas, "embora possam ser muito significativas para indivíduos em particular, não tem caráter universal, nem a sua ocorrência é previsível em matéria de época ou seqüência, para indivíduos ou para grupos" (NERI, 1995, p. 30), podendo ser exemplificadas pela ocorrência de eventos idiossincráticos como perda de emprego, divórcio dos pais ou o próprio, rápido adoecimento, perda de um ente querido, ganhar na loteria, entre outros.

Entende-se por paradigma o posicionamento geral de uma determinada área de estudo. Na Gerontologia percebe-se a existência de mais dois paradigmas diferentes do Paradigma *Life-Span*.

O Paradigma de Ciclos de Vida trabalha com ciclos fechados (infância, adolescência, fase adulta, velhice) dentro das mais diversas áreas, como a psicologia e biologia, a sociologia e a demografia.

Já o Paradigma de Curso de Vida ou *Life-Course*, que foi constituído na sociologia, traz que a velhice é determinada pela sociedade, que a velhice individual é algo sinalizado pelos outros. É aqui que surge a idéia de relógio social trazendo mecanismos de regulação e a seqüência de papéis que o indivíduo deve assumir de acordo com a idade biológica e que a sociedade impõe como adequado.

Trabalha com o processo de envelhecimento em si, ou seja, com o seu processo histórico, analisando o indivíduo do nascimento à morte, dentro dos processos sociais, psicológicos e biológicos. Faz uma análise das questões dinâmicas e de como o envelhecimento é moldado pelo contexto.

E o Paradigma *Life-Span*, como já vimos, aponta a interação entre eventos e inclui os outros dois paradigmas. Mais amplo que os demais, visa estudar a psicologia do envelhecimento e do desenvolvimento.

Os aspectos-chaves desta perspectiva são a teoria da seleção, otimização e compensação (SOC); a noção de perdas e ganhos; a heterogeneidade; os aspectos multidimensionais e multidirecionais e o envelhecimento bem-sucedido.

Sobre a Teoria de Seleção, Otimização e Compensação, Carstensen (1995 p. 114) trás a citação de Baltes & Baltes (1990) que apontam que esses três processos:

> "permitem que as pessoas idosas maximizem a experiência positiva na velhice. Também argumentam que as pessoas que têm uma velhice *bem-sucedida* selecionam os domínios que têm maior importância em suas vidas; compensam os declínios irrecuperáveis com habilidades ainda preservadas e com auxílios suplementares; e otimizam o desempenho em domínios selecionados, lançando mão de reservas existentes ou aumentando o esforço colocado nesses domínios".

Outra proposição dessa perspectiva é que o "desenvolvimento envolve equilíbrio constante entre ganhos e perdas, e significa mudança adaptativa constante" (NERI, 1995) e que a proporcionalidade dessas perdas e ganhos sofre mudanças ao longo do desenvolvimento ao longo da vida (*life-span*), onde percebe-se um predomínio de ganhos na infância e o oposto na velhice. A heterogeneidade vem ressaltar que o processo de envelhecimento não é igual para todas as pessoas, sendo dependente de fatores variados como educação, cultura e situação econômica. A autora ressalta ainda que o desenvolvimento é um processo multidimensional e multidirecional, pois "não é caracterizado por processos isolados de crescimento e declínio (...). Existe uma considerável sobreposição entre os vários aspectos do desenvolvimento, que se dão em ritmos diferentes, num mesmo período" (p.33).

A idéia básica do conceito de velhice bem-sucedida é de manutenção dos níveis habituais de adaptação do indivíduo onde, segundo Neri (1995, p. 34):

> "velhice bem-sucedida é assim uma condição individual e grupal de bem-estar físico e social, referenciada aos ideais da sociedade, às condições e aos valores existentes no ambiente em que o indivíduo envelhece e às circunstâncias de sua história pessoal e de seu grupo etário. [...] Uma velhice bem-sucedida preserva o potencial individual para o desenvolvimento, respeitados os limites da plasticidade de cada um".

Ainda dentro desta perspectiva encontramos a Teoria da Seletividade Socioemocional (TSS) que estuda o comportamento social e que é fundamentada nas propriedades funcionais e motivacionais da interação social. Estas são motivadas tanto por necessidades humanas fundamentais (fome e sexo, por exemplo) como pelas modulações sociais dos estados afetivos e psicológicos (CARSTENSEN, 1995). A idéia básica desta teoria é que "a redução da interação social não é imposta aos indivíduos idosos, mas que os próprios idosos desempenham um papel ativo na redução do ambiente social" (p. 122). Segundo a autora, as pessoas reduzem ativamente seus contatos sociais, mas ressalta que a regulação social assume uma crescente centralidade entre os motivos sociais.

Esta teoria aponta metas psicológicas que incentivam a interação social que são: a aquisição de informações; o desenvolvimento e a manutenção do autoconceito e a

regulação dos estados emocionais. As metas psicológicas são definidas de modo amplo, onde "a aquisição de informação inclui não somente a coleta de fatos objetivos, mas também informações auto-relevantes como atitudes e normas sociais. As emoções incluem, além dos estados emocionais básicos, sentimentos de realização e propósito" (CARSTENSEN, 1995, p. 122), essas três metas não são mutuamente excludentes.

A aquisição de informações é um dos motivos pelos quais as pessoas procuram contato social, pois, seja através da instrução direta ou da observação, a transmissão da cultura e do conhecimento se dá através da interação social (CARSTENSEN, 1995). Segundo a autora anteriormente citada, a diminuição do contato social pelo idoso pode ser explicada pelo aumento contínuo de informações advindas de outras formas diminuindo, com isso, os contatos sociais; e a aquisição de habilidades de obtenção de informações por meio não-sociais como a leitura e a exploração científica.

Essa teoria traz uma discussão a respeito de self e do autoconceito, nela entendidos como equivalentes. Carstensen (1995) destaca o que Markus & Herzog (1991) apontam sobre autoconceito, que este:

> "integra as experiências do indivíduo ao longo do tempo e fornece continuidade e sentido à elas. Como tal, ele está centralmente relacionado com todos os aspectos da experiência psicológica – na emoção, no bem-estar e no *coping*; na colocação de metas, atividade, motivação e controle; e na capacidade, eficácia e competência" (p. 125).

A respeito do autoconceito Santana (2003, p. 2) ressalta que:

> "o autoconceito é classificado por diversos autores clássicos da Psicologia como a maneira que o indivíduo se determina, incluindo aspectos físicos, psíquicos, sociais, materiais e espirituais. [...] o autoconceito é um elemento da nossa personalidade que influenciará nossas percepções perante os objetos, pessoas e nossas relações, e que este é de fundamental importância para a formação de um indivíduo seguro, capaz, feliz e vitorioso".

As pesquisas sobre autoconceito em sua maioria são realizadas com as faixas etárias mais baixas (infância e adolescência), porém, como apontam Villa Sánches & Escribano (1999) e Santana (2003), o "desenvolvimento do autoconceito não termina após os

primeiros vinte anos" e alguns estudos tem apresentado divisões e diferenças de percepção do autoconceito na vida adulta da seguinte forma:

- 20 aos 40 – 45 anos: preocupação com o mundo exterior (vida social);
- 40 – 45 anos aos 60 anos: centramento nos acontecimentos interiores;
- 60 + : intensificação do processo de interiorização.

Santana traz uma citação de Rogers que relata que "a qualidade de vida do indivíduo é um dos elementos que influem no autoconceito" (p.8). Também cita Villa Sanches & Escribano (1999) que dizem que na idade avançada o "autoconceito é reformulado e passa por nova valorização ou desvalorização da avaliação que o indivíduo faz dele mesmo".

Percebemos, então, que o processo de envelhecimento não é dependente de apenas um fator, o biológico, e que desta forma, se aproxima dos atuais conhecimentos da área de estudo da Qualidade de Vida, que também se mostra dependente de diversos outros fatores.

A Organização Mundial de Saúde propõe o termo "Envelhecimento Ativo", que é definido como sendo "o processo de otimizar oportunidades para a saúde, a participação e a segurança de modo a melhorar a qualidade de vida no processo de envelhecimento de cada pessoa" (OMS, 2002, p. 12).

Alleyne (2001, p.1) aponta que "é possível imaginar que há cinco principais domínios da Qualidade de Vida: saúde e bem-estar, relações interpessoais, comunidade e moradia, crescimento pessoal e dignidade e auto-estima", ou seja, segundo este autor, existem fatores que podem ser considerados internos e externos às pessoas, da mesma forma que o processo de envelhecimento.

2.3. "Qualidade de Vida"

Nas últimas décadas, a Qualidade de Vida tem sido um dos grandes focos de atenção de autoridades e também da população. Por ser um conceito relativamente novo,

muito abrangente e subjetivo vários grupos de estudos começaram a pesquisar o que seria e o que abrangeria este fenômeno.

Em 1976, Campbell (in AWAD & VORUGANTI apud SEIDL & ZANNON, 2004, p. 581) relatou a dificuldade que os autores apresentavam em conceituar esta temática dizendo que "qualidade de vida é uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas ninguém sabe claramente o que é".

Exatamente por esta flexibilidade é que cada área de estudo pode entender Qualidade de Vida das mais diversas formas, tentando atingir o que consideram como uma Qualidade de Vida ideal para aquela população a que se destina o trabalho.

Antes de ser um tema constante na área de saúde, Qualidade de Vida era um conceito explorado dentro de outras áreas como a área social. Com a mudança de paradigma que passou a influenciar as políticas públicas da área de saúde, o interesse pelos estudos relacionados à qualidade de vida aumentou (SEIDL & ZANNON, 2004).

Três linhas de interesse que baseiam os trabalhos nesta área são apontadas por Seidl & Zannon (2004), onde a primeira engloba que as:

> "informações sobre qualidade de vida tem sido incluídas tanto como indicadores para avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos para grupos de portadores de agravos diversos, quanto na comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde" (p. 581).

Seidl & Zannon (2004) relataram em seus estudos que, o segundo foco de interesse, estaria "ligado às práticas assistenciais cotidianas dos serviços de saúde, e refere-se à qualidade de vida como indicador nos julgamentos clínicos de doenças específicas". E o terceiro interesse pelo conceito qualidade de vida na área médica seria o de "indicador de produção de conhecimento, associados aos esforços de integração e de intercâmbio de pesquisadores e profissionais interessados no tema" (p. 581).

Um dos grupos que se tornou referência sobre este assunto é o grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) – WHOQOL group (World Health Organization Quality of Life group) – que desde a década de 80 estuda esta temática.

Para este grupo qualidade de vida é definida "como a percepção subjetiva do indivíduo sobre sua posição na vida dentro do contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vive e com relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (ALLEYNE, 2001, p. 1).

Percebe-se que este é um conceito amplo, abrangente e que cabe em todas as formas de trabalho. É possível, então, falar de qualidade de vida nas mais diversas áreas, pois todas elas estarão trabalhando, não importa se de forma direta ou indireta, com serviços que se relacionarão com todos os seres humanos.

Minayo; Hartz; Buss (2000) reforçam que o termo qualidade de vida tem servido para designar diversos tipos de acontecimentos como congressos, seminários, classificações de trabalho, etc. Em seu artigo os autores apresentam uma declaração feita por Rufino Neto na abertura do 2º Congresso de Epidemiologia em 1994, onde relata que:

> "[...] qualidade de vida boa ou excelente (é) aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciências ou artes" (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 8).

Percebe-se, então, que o constructo qualidade de vida apresenta componentes de subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade.

Seidl & Zannon (2004) apontam que "no que concerne à subjetividade, trata-se de considerar a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não médicos do seu contexto de saúde" e sobre a multidimensionalidade, elas ressaltam que "o constructo é composto por diferentes dimensões" (p. 582).

Sobre a bipolaridade, Paschoal (2000) aponta que este constructo deve sempre apresentar dimensões positivas e negativas, como as questões de autonomia, dependência, mobilidade, dor; enfatizando as percepções dos indivíduos acerca dessas dimensões.

A questão da subjetividade é claramente percebida na definição encontrada em Seidl & Zannon (2004, p. 582) de Andrews (1974), que diz que "qualidade de vida é a extensão em que prazer e satisfação têm sido alcançados".

O constructo Qualidade de Vida apresenta dois principais focos de pesquisa, qualidade de vida num sentido mais genérico, amplo e um outro foco relacionado à saúde.

Entendendo-se Qualidade de Vida no seu sentido amplo, essas conceituações vêm reafirmar a abrangência e a necessidade de se estudar essa temática de uma forma integrada entre todas as áreas. Quando esta é analisada no seu sentido específico vai apresentar, para cada área, uma definição característica, sendo que na área ligada à saúde, qualidade de vida *"*aplica-se a pessoas sabidamente doentes e diz respeito ao grau de limitação e desconforto que a doença e/ou a sua terapêutica acarretam ao paciente e à sua vida" (SILVA, 1999, p. 261).

Os questionários criados sob este enfoque têm como objetivo descobrir até que ponto algumas doenças (como HIV, diabetes, hipertensão, esclerose múltipla, entre outras) interferem na saúde e bem-estar das pessoas acometidas por elas. Tais questionários e estudos não podem ser generalizados para toda a população, e sim, somente para àquela que se enquadra no perfil estudado.

Ainda no seu sentido geral, Qualidade de Vida, de acordo com Silva (1999) é uma terminologia que aplica-se ao indivíduo aparentemente saudável e diz respeito ao seu grau de satisfação com a vida nos seus múltiplos aspectos que a integram: moradia, transporte, alimentação, lazer, satisfação/realização profissional, vida sexual e amorosa, relacionamentos com outras pessoas, liberdade, autonomia e segurança financeira.

Nesta área, Qualidade de Vida está muito relacionada com a questão de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças, dessa forma se aproximando dos conceitos e estudos ligados à área epidemiológica.

Percebe-se então que o conceito de Qualidade de Vida apresenta-se dependente de uma percepção subjetiva dos indivíduos, e também do grupo populacional a que se refere, fazendo parte de um processo de produção, de circulação e de distribuição de bens. É necessário entender também que esses aspectos subjetivos da Qualidade de Vida (NERI, 1993; NERI, 2001; SIMÕES, 2001) podem diferir e variar não apenas de pessoa para pessoa, mas também com relação à própria pessoa nas diversas etapas de sua vida.

A temática sobre Qualidade de Vida tem despertado a atenção de muitos pesquisadores e tem aumentado o interesse em mensurar a essa questão. Dessa forma,

diversos instrumentos foram criados pelos mais diferentes grupos que estudam esta temática.

Um dos questionários foi criado pelo grupo de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), o WHOQOL-group (1998) tendo como objetivo ser um questionário genérico de qualidade de vida. Esta versão contém cem perguntas sobre seis domínios específicos (domínios físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais, religião e crenças pessoais), sendo conhecido como WHOQOL-100.

Outros questionários também foram criados alguns com a intenção de serem genéricos, como o SF-36 e outros que visam mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde – o Health Related Quality of Life - HRQL.

O SF-36 foi criado pelo The Medical Outcomes Study Group e avalia o estado de saúde em populações e em uma variedade de pesquisas clínicas, onde são analisadas oito dimensões (capacidade funcional, aspecto físico, dor, estado geral de saúde, vitalidade, saúde mental, aspectos sociais e emocionais).

Já o instrumento sobre Qualidade de Vida Relacionada à Saúde tem-se a dimensão sobre funções físicas que envolvem as dificuldades com as AVDs, o autoconceito funcional e estrutural e a percepção do estado físico de saúde. Este questionário faz uma abordagem instrumental para uma compreensão ampla do processo saúde-doença, das medidas preventivas e de seus efeitos sobre as pessoas e a sociedade.

Mais sinteticamente pode-se dizer que a Qualidade de Vida apresenta-se sob dois grandes domínios: o domínio funcional e o domínio do bem-estar. No domínio funcional são observadas as variáveis das capacidades físicas (desempenho aeróbio, resistência, força, equilíbrio, flexibilidade e tarefas básicas – andar, sentar correr, carregar objetos etc), das capacidades cognitivas (memória, atenção, concentração, compreensão e resolução de problemas), das atividades de vida diária (independência, obrigações, relacionamentos, ações na comunidade, recreação, hobbies) e da auto-avaliação do estado de saúde (percepção de sintomas).

No domínio do bem-estar encontram-se as variáveis de bem-estar corporal (sentimentos de sintomas e estado corporal, presença de dor, doença, energia/fadiga e distúrbios do sono), de bem-estar emocional (estados positivos ou negativos de depressão, ansiedade, raiva/irritabilidade e afeição), de autoconceito (percepção sob si mesmo, de auto-estima e autocontrole) e de percepção global de bem-estar (capacidade de análise, de relato e evolução da saúde e satisfação com a vida).

Percebe-se, então, que "fatores socioeconômicos e demográficos relacionados à saúde, bem como os fatores ligados às atividades sociais e à avaliação subjetiva da saúde" (Rosa et al., 2003, p. 40) são domínios comuns que influenciam tanto na percepção das capacidades funcionais quanto na Qualidade de Vida.

2.4. "Qualidade de Vida no Envelhecimento"

Boa qualidade de vida para os idosos pode ser interpretada como o fato deles poderem se sentir melhor, conseguirem cumprir com suas funções diárias básicas adequadamente e conseguirem viver de uma forma independente, como mencionam Spirduso & Cronin (2001, p. 598).

Estes autores (2001) concordam com Rowe & Kahn (1998) quando estes propõem que existem três aspectos considerados fundamentais para que haja um bom envelhecimento ou a manutenção de uma alta qualidade de vida, citando a ausência de doenças, o engajamento com a vida e a competência física e mental.

Estas duas definições vêm nos mostrar a importância de se estudar e manter as competências de vida diária/capacidade funcional nos idosos como meio de aumentar, melhorar ou manter a Qualidade de Vida deles.

Por competências de vida diária entende-se a capacidade ou potencial para realizar adequadamente as atividades consideradas essenciais à vida independente; são ligadas a fatores sócio-culturais e a determinantes genético-biológicos, mostrando a sua relação multifatorial, da mesma forma que os conceitos de Qualidade de Vida.

Existem diferentes definições a respeito de competências de vida diária. Uma delas declara que é "a capacidade do indivíduo em manter os cuidados pessoais e realizar as atividades cotidianas" incluindo "a força muscular, a resistência muscular localizada, a agilidade, a flexibilidade, os reflexos, o tempo de reação, a eficiência metabólica, a composição corporal e outros aspectos da aptidão corporal total" (OKUMA, 1998, p. 57), sendo encaradas, portanto, como facilitadores na sua manutenção e auxiliando assim na realização das atividades consideradas essenciais à vida independente.

Existem três amplos domínios das competências de vida diária, definidas em atividades básicas de vida diária (AVDs), atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) e atividades avançadas de vida diária (AAVDs).

As AVDs são aquelas que se referem ao auto-cuidado, ou seja, são as atividades fundamentais para a manutenção da independência. Dentre estas, pode-se citar o banhar-se, vestir-se, fazer a higiene pessoal (toalete), conseguir fazer transferências (mobilidade básica), o controle da continência e conseguir manter uma alimentação adequada.

Dentro do campo das AIVDs estão relacionadas tarefas mais complexas, que indicam uma vida independente e ativa na comunidade, sendo que o idoso executa as atividades rotineiras do dia-a-dia, utilizando-se dos recursos disponíveis no meio ambiente. Aqui estão relacionados, por exemplo, o manejo de suas medicações, a possibilidade de fazer compras básicas, o manejo das próprias finanças, a utilização de meios de transporte, o uso do telefone, a manutenção da casa (arrumar a casa, lavar e passar roupa), o preparo das próprias refeições (nutrição) e a capacidade de fazer trabalhos manuais domésticos (pequenos reparos).

As atividades que são consideradas AAVDs, como dirigir automóvel, praticar esporte, tocar instrumento musical, participar de serviços voluntários e de atividades políticas, entre outras, não são fundamentais para uma vida independente, porém demonstram uma maior capacidade funcional e independência e podem contribuir para uma melhor saúde física e mental e, por conseguinte, melhor qualidade de vida. Sua realização depende de vontade, desejo, motivação, além dos fatores culturais e educacionais.

A qualidade das capacidades funcionais vem sendo usada como um parâmetro objetivo para analisar e verificar de que forma está a qualidade de vida, aferida através de

diversos questionários criados pelas instituições e organizações que estudam este assunto como os questionários WHOQOL-100 e SF-36.

Como se percebe, a "manutenção da capacidade funcional pode ter importantes implicações para a Qualidade de Vida dos idosos, por estar relacionada com a capacidade de ocupar-se com o trabalho até idades mais avançadas e/ou com atividades agradáveis" (ROSA, 2003, p. 47).

Segundo Pereira et al (s.d.) "os efeitos associados à inatividade e a má adaptabilidade são muito sérios" podendo acarretar uma queda no desempenho físico, na capacidade de reação, na coordenação, gerando processos de autodesvalorização, insegurança, desmotivação e até isolamento social e solidão.

Percebe-se então que, além de influenciar componentes do domínio físico, a melhora ou manutenção das capacidades funcionais influencia também a percepção da auto-estima, do autoconceito, da ansiedade e irritabilidade, mostrando assim ser mais uma ponte com os domínios estudados na Qualidade de Vida. Ou seja, quando se fala sobre uma qualidade de vida boa para os idosos, a prática de atividade física é uma variável a ser estudada.

2.5. "Atividade Física"

De acordo com Gallo et al (1995, p. 36), atividade física é "um dos processos biológicos mais complexos de que se tem conhecimento", independente de ser "decorrente de uma atividade desportiva ou ligado ao trabalho profissional", podendo ser usado como um procedimento capaz de "retardar e até mesmo reverter um processo patológico em andamento".

Ela pode ser definida como todo e qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética (voluntária) que resulta em gasto energético acima dos níveis de repouso (Nahas, 2001).

A atividade física pode e deve ser utilizada por qualquer grupo populacional (crianças, jovens, adultos e idosos), que apresente ou não qualquer forma de comprometimento ou dificuldade motora, física e/ou sensorial, ajudando a "criar e

oportunizar Qualidade de Vida" aqui entendida, segundo Santos (1996, p. 20), como "um ato de cidadania que não deve ser negado, pois desta forma todos terão o seu espaço social garantido".

Para Donaldson (2000, p. 409) a prática da atividade física deveria ser uma das principais intervenções para a melhoria da saúde pública, já que pessoas que são fisicamente inativas apresentam duas vezes mais risco de desenvolver doença coronariana e três vezes mais derrames do que as pessoas ativas. A atividade física está associada com a melhora da saúde, com a redução da morbidade e mortalidade além de proporcionar melhoras nos aspectos psicológicos e sociais das pessoas que a praticam regularmente.

Por outro lado, sabe-se que o estilo de vida atual tem levado cada vez mais um maior número de pessoas ao sedentarismo. Nesse sentido, faz-se necessário o estímulo à adoção de estilo de vida mais ativo, desde as idades mais novas até as mais avançadas, através de atividade física e exercícios físicos, para a manutenção da saúde (FORTI, 1999).

Muitos são os benefícios que a prática da atividade física proporciona ao organismo. A sua prática regular influencia tanto nas variáveis fisiológicas quanto nas psicológicas e sociais.

O aumento da força muscular, o aumento do fluxo sangüíneo para os músculos, o aprimoramento da flexibilidade e amplitude de movimentos, a diminuição do percentual de gordura, a melhora dos aspectos neurais, a redução dos fatores que causam quedas, a redução da resistência à insulina ajudando no controle e na prevenção de diabetes, a diminuição da pressão arterial, a manutenção ou melhora da densidade corporal óssea diminuindo, assim, o risco de osteoporose, a melhora da postura, a redução de ocorrência de certos tipos de câncer, podem ser considerados alguns dos benefícios fisiológicos que a atividade física propicia ao organismo (NIEMAN, 1999).

Os benefícios relacionados aos aspectos psicológicos podem ser percebidos como a satisfação com a aparência, a melhora da auto-estima, auto-imagem e autoconceito, a diminuição da ansiedade, a diminuição de casos de depressão e a melhora de alguns aspectos cognitivos (DEPS, 1993; OKUMA, 1998).

Maior integração social através da inserção em um grupo são alguns exemplos dos benefícios sociais ligados à prática regular de atividade física.

De acordo com Forti & Chacon-Mikahil (2004, p. 244-245) "não existem limitações universais para a prática de exercícios físicos, que, obedecendo determinados princípios, produzem uma série de adaptações morfofuncionais, cujos efeitos benéficos acabam por prevenir algumas das enfermidades degenerativas".

No final da década de 90 a OMS (2002) lançou uma política sobre envelhecimento ativo afirmando que a prática de se manter ativo pode ajudar os idosos a permanecerem tão independentes quanto possível pelo maior período possível de tempo, também ajudando, assim, na redução de riscos de quedas. Esta instituição reconhece que a atividade física possui um papel preventivo e também de reabilitação, e que quanto mais cedo o seu início na vida de um indivíduo, melhor. Ela define atividade física como "todo movimento cotidiano, incluindo trabalho, AVDs, recreação, exercício e atividades esportivas" . Relata ainda que alguns dos benefícios da prática regular de atividade física para indivíduos com 50 anos ou mais são os de postergar, diminuir e/ou reverter vários "perigos" físicos, psicológicos e sociais que acompanham o avançar da idade.

Segundo Araújo (2001, p. 28) programas adequados de atividade física ajudam o "organismo a diminuir o seu processo degenerativo, prolongando, então o tempo de vida saudável". Ainda segundo esta autora, a atividade física ajuda também "os idosos a entender as transformações pelas quais passam (dentro das) esferas biológicas (limitações físicas), psíquicas (morte de pessoas conhecidas) e sociais (perdas econômicas, produto da aposentadoria, perda da família, solidão e outros)" quando inserida dentro de um contexto educacional que possibilite o idoso a compreender esses aspectos auxiliando-os a assumir uma postura "perante o envelhecimento, com as quais podem enfrentá-lo de forma consciente, livrando-se dos preconceitos existentes de si mesmo, assumindo a nova identidade como fase natural [...] da vida" (ARAÚJO, 2001, p. 32-33).

Não é de se surpreender, então, que se entenda atividade física como uma das maiores conquistas para a saúde pública na atualidade (Morris, 1994; Donaldson, 2000). Assim como para qualquer outra população, a prática de atividade física pelos idosos requer cuidados básicos e específicos.

Segundo Matsudo & Matsudo (1992) o idoso requer mais tempo para obter os benefícios de um programa regular de atividade física, devendo ser sempre estimulado e

orientado com relação a essa característica, cuidando para que não se atinjam níveis de fadiga e exaustão.

Em idosos, além dos benefícios já citados, a melhoria no equilíbrio, na coordenação, na resistência e força física, assim como na manutenção da saúde nas doenças crônicas, tais como na artrite e na asma, entre outras, tornam a atividade física ainda mais necessária.

De acordo com Meirelles (2000, p. 76):

> "o objetivo principal da atividade física na terceira idade é o 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 riscos comuns na terceira idade".

O American College of Sports and Medicine (ACSM, 1995) propõe como metas para a prática de atividade física pelo idoso a manutenção da capacidade funcional para uma vida independente, a redução do risco de doenças coronarianas, o retardo da progressão de doenças crônicas e a provisão de oportunidades para uma interação social.

Para a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), a prescrição de exercícios para esta população deveria contemplar diferentes componentes da aptidão física como o condicionamento cardiorrespiratório, a resistência e a força muscular, a composição corporal e a flexibilidade (NÓBREGA et al., 1999).

Okuma (1998) ressalta que:

> "além do significativo impacto que a atividade física regular pode ter na manutenção da capacidade funcional do idoso, ela pode ter efeitos importantíssimos na prevenção e no tratamento de doenças crônicas que podem surgir com o envelhecimento. Isto quer dizer que ela pode diminuir a taxa de mortalidade e de morte precoce, além de preservar a qualidade de vida e o aumento da longevidade em condições ótimas de saúde" (p. 65).

Com tudo isso fica fácil concordar com Pereira e col. (s.d.) quando eles dizem que uma "avaliação dos componentes da capacidade funcional pode ajudar a identificar pontos deficientes referente aos parâmetros físicos e assim possibilitar um programa que estimule, melhorando e amenizando significativamente a dependência física".

Segundo Araújo (2001, p. 28), programas adequados de atividade física ajudam o "organismo a diminuir o seu processo degenerativo, prolongando, então o tempo de vida saudável" pois cria uma maior segurança e domínio corporal no dia-a-dia (MEIRELLES, 2000) através dos benefícios já citados anteriormente.

Entende-se, com isso, que uma Qualidade de Vida adequada para o idoso deveria ser "um processo em que o problema médico não é o mais importante, visto haver a necessidade de serem observadas outras variáveis e não apenas as tradicionais da área médica" (ARAÚJO, 2001, p. 1), como a prática regular de atividade física, o estilo de vida, a afetividade e as diferentes formas de organização social, mostram-se, também, como outros fatores determinantes a serem observados para esta população.

3. OBJETIVO

Este estudo teve dois objetivos. O primeiro foi o de investigar quais são as relações existentes entre os domínios da Qualidade de Vida e do Autoconceito em uma população em processo de envelhecimento; o segundo foi o de identificar como essa população percebe a relação entre a sua prática regular e prolongada de Atividade Física e a Qualidade de Vida sentida por eles no momento da pesquisa.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1. “População Estudada”

Participaram desta pesquisa 37 voluntários, de ambos os sexos, com idade mínima de 50 e máxima de 80 anos, praticantes de atividades físicas de forma regular e prolongada, há mais de doze meses, com nível escolar mínimo do segundo ciclo do ensino fundamental.

4.2. “Aspectos Éticos da Pesquisa”

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), de acordo com as normas de conduta para pesquisa com seres humanos. Este órgão é o responsável, nesta Universidade, em emitir pareceres com base nas Resoluções 196/96 e 251/97 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). O material enviado a CONEP continha o termo de consentimento livre e esclarecido e todos os questionários que foram utilizados, bem como a metodologia de aplicação e a caracterização dos voluntários a serem envolvidos no estudo.

Os voluntários convidados a participar deste estudo foram informados sobre as avaliações pelas quais seriam submetidos e conscientizados sobre a proposta do mesmo. Também orientamos para que lessem o termo de consentimento livre e esclarecido, e estando de acordo com as regras propostas pelo mesmo, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 8.1), autorizando a utilização e a publicação dos dados coletados.

Ainda em relação aos aspectos éticos deste projeto, um outro ponto importante a ser levantado, refere-se à relevância social da pesquisa para os voluntários envolvidos e as posteriores pesquisas, o que garante a igual consideração dos interesses das duas partes, adequando-se aos princípios científicos que justificam a pesquisa fundamentada na experimentação prévia, obedecendo a metodologia adequada proposta, cujo detalhamento faz parte do termo de consentimento livre e esclarecido e as demais exigências que compõem a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre regulamentação em pesquisas em seres humanos, cuja aprovação foi submetida junto ao Comitê de Ética em

Pesquisa/FCM/UNICAP, recebendo parecer favorável à realização do estudo (o parecer do Comitê de Ética encontra-se no anexo 8.2).

Foi firmado um compromisso, junto às instituições participantes da pesquisa, de que enviaríamos um relatório com os resultados gerais obtidos logo após a análise dos dados. O período da coleta dos dados compreendeu os meses de fevereiro, março e abril do ano de 2004.

4.3. "Critérios de Exclusão"

A princípio o número total de questionários respondidos foi de quarenta e nove voluntários, mas como alguns participantes não preencheram de forma adequada os questionários ou estarem muito acima da idade máxima estabelecida (91 anos), foram excluídos os dados de doze participantes.

4.4. "Planejamento Geral Experimental"

O projeto se caracteriza por uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, realizada sob a forma de um estudo de caso, através de um corte transversal. Os voluntários participantes desta pesquisa faziam parte de três grupos com as características descritas ao longo do projeto que eram o grupo de Atividade de Hidroginástica da Faculdade de Educação Física/FEF/UNICAMP, o de Atividade de Conscientização Corporal do Espaço de Conscientização Corporal Odenise/Campinas e o de Atividades Físicas para 3ª Idade do SESC/Campinas.

A FEF/UNICAMP assim como o SESC foram escolhidos por serem reconhecidamente espaços onde os idosos podem encontrar as mais variadas atividades, a primeira a nível local e a segunda instituição a nível nacional. Já o Espaço de Conscientização Corporal Odenise/Campinas foi escolhido por oferecer uma forma da atividade física não usualmente encontrada onde a maioria de sua população é formada por pessoas na faixa etária desta pesquisa.

A participação masculina foi obtida em apenas um local, SESC/Campinas, pois nos outros dois locais não foram encontrados homens que fizessem parte do perfil desejado.

4.4.1. Questionários Aplicados

Foram utilizados neste projeto três questionários: uma ficha anamnese, o questionário de avaliação de Qualidade de Vida The Medical Outcomes Study Short Form – SF-36 (CICONELLI, 1997), assim como o questionário de avaliação de Autoconceito Escala Fatorial de Autoconceito – EFA (TAMAYO, 1981) e mais uma questão formulada pela pesquisadora.

Ficha Anamnese

A ficha de anamnese (anexo 8.3) foi elaborada para esta pesquisa e teve a intenção obter informações sobre os objetivos que levaram os voluntários à prática da atividade física (lazer, convívio social, prescrição médica entre outros), a quanto tempo praticavam, com que freqüência e qual é a atividade física praticada, assim como obter informações a respeito da saúde atual e pregressa dos mesmos (problemas ósseos, diabetes, hipertensão), além de alguns hábitos relacionados ao estilo de vida atual e passado (uso de cigarro e bebidas).

Escala Fatorial de Autoconceito – EFA

A Escala Fatorial de Autoconceito, o EFA (anexo 8.4), foi desenvolvida por um grupo de pesquisadores do Departamento de Psicologia da Universidade de Brasília – UNB, sob a orientação e coordenação do Prof. Álvaro Tamayo. O intuito desse grupo era o de criar um instrumento psicométrico para a avaliação do autoconceito específico para a população brasileira, pois vários instrumentos já existiam na literatura internacional, porém nenhum traduzido e validado para a nossa população (TAMAYO, 1981). Este instrumento é composto por 79 itens agrupados em quatro dimensões, onde dois deles apresentam subestruturas, que os autores denominaram fatores, que são seis ao todo.

Os fatores I e III são relacionados ao ***self*** **pessoal**. Especificamente, o fator I expressa a idéia de segurança, estabilidade, **autoconfiança**, que, de acordo com os autores, "compreende a firmeza, a estabilidade, a coragem, a persistência" (TAMAYO, 1981, p. 94); já o fator III está ligado ao **autocontrole** e traduz "o domínio do indivíduo sobre o seu

comportamento, a qualidade da sua presença no mundo, a autodisciplina, o autocontrole pessoal" (p. 94).

No fator II encontramos uma subestrutura do ***self*** **social** que os autores denominaram atitude social. Este fator "avalia a atitude do sujeito com respeito aos outros e aos valores dos outros, a **autopercepção** sobre a sua maneira geral de interagir com os outros" (p. 95). A outra subestrutura do ***self*** **social** é a receptividade social, o seu **relacionamento social**, avaliada no fator VI, que "mede o grau de abertura aos outros, a capacidade, ao nível da estrutura da personalidade, para comunicar socialmente" (p. 97).

O fator IV apresenta "as auto-avaliações relativas aos princípios éticos fundamentais de honestidade, justiça, bondade, autenticidade e lealdade" (p. 97) que expressam o conteúdo do ***self*** **ético-moral**.

Finalizando, o fator V descreve o ***self*** **somático** que avalia "a percepção que o sujeito tem do seu corpo, da sua **aparência corporal**" (p. 98).

De acordo com os autores, não existe dúvida de que os itens expressam características fundamentais de autoconceito e que o EFA pode ser utilizado como instrumento na área de pesquisa, na área clínica, de seleção e em programas de prevenção (TAMAYO, 1981).

The Medical Outcomes Study Short Form – SF-36

Como instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida foi utilizado nesta pesquisa o The Medical Outcomes Study Short Form, mais conhecido como SF-36 (anexo 8.5).

De acordo com Ciconelli (1997), instrumentos genéricos possuem a "finalidade de refletir o impacto de uma doença sobre a vida de pacientes em uma ampla variedade de populações. Avaliam aspectos relativos à função, disfunção e desconforto físico e emocional" (p. 10). Esta autora, citando Hayes et al (1995), aponta que por "ser um questionário genérico, seus conceitos não são específicos para uma determinada idade, doença ou grupo de tratamento" (p. 16).

O SF-36 é um questionário multidimensional formado por 36 itens referentes a 8 escalas ou domínios que são:

- ✓ capacidade funcional (10 itens);
- ✓ aspectos físicos (4 itens);
- ✓ dor (2 itens);
- ✓ estado geral de saúde (5 itens);
- ✓ vitalidade (4 itens);
- ✓ aspectos sociais (2 itens);
- ✓ aspectos emocionais (3 itens);
- ✓ saúde mental (5 itens)

e mais uma questão que avalia, de forma comparativa, as condições de saúde atual e a de um ano atrás que não entra na pontuação de nenhuma das oito dimensões (CICONELLI, 1997, p. 18).

Este questionário, segundo Ware, Gandek, IQOLA Project Group[2], 1994 *apud* Ciconelli, 1997, avalia tanto aspectos negativos de saúde, como doenças e enfermidades, assim como os aspectos positivos como o bem-estar.

A escala ou domínio de avaliação da **capacidade funcional** "avalia tanto a presença como a extensão das limitações relacionadas à capacidade física" (CICONELLI, 1997, p. 18).

As escalas ou domínios de avaliação relacionadas aos **aspectos físicos** e **emocionais** abordam "as limitações no tipo e quantidade de trabalho [...] como também o quanto estas limitações dificultam a realização do trabalho e de atividades de vida diária do paciente" (CICONELLI, 1997, p. 18). "A intensidade da dor [...] e a sua extensão ou interferência nas atividades de vida diária do paciente" (p. 18) são avaliadas na escala de avaliação de **dor**.

A escala ou domínio de avaliação de **vitalidade** engloba "tanto o nível de energia, como o de fadiga" (CICONELLI, 1997, p. 18) e a de avaliação dos **aspectos sociais** "tenta analisar a integração do indivíduo em atividades sociais" (p. 18 – 19) avaliando de que forma a sua participação em atividades sociais foi afetada devido a seus problemas de saúde. A avaliação da escala ou domínio de **saúde mental** "incluem uma ou mais questões sobre as

[2] International Quality of Life Assessment Project.

quatros principais dimensões da saúde mental que são ansiedade, depressão, alterações do comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico" (p. 19).

A análise deste instrumento deve ser feita a partir dos scores dos oito domínios, ou seja, "não existe um único valor que resuma toda a avaliação, [...], justamente para que, numa média de valores, evite-se o erro de não se identificar os verdadeiros problemas relacionados à saúde do paciente ou mesmo de subestimá-lo" (Ware et al., 1993; Ware et al., 1995 *apud* CICONELLI, 1997, p. 19).

Este instrumento foi escolhido por ser um dos instrumentos genéricos de avaliação de qualidade de vida já traduzido e validado para a língua portuguesa, pela sua facilidade de compreensão para a nossa população, o fato de poder ser utilizado por pessoas de qualquer idade e pelo fácil acesso que a pesquisadora teve com todas as fases que o envolve - o questionário em si, a forma de aplicação e a forma de se trabalhar com os dados.

Percepção Atual entre Qualidade de Vida e Atividade Física

Optamos por desenvolver uma questão onde os voluntários responderiam, dentro de uma escala, como eles percebiam a relação entre a prática de atividade física que realizavam e a sua atual qualidade de vida.

Questão formulada pela pesquisadora: "De que forma você percebe a relação entre sua Qualidade de Vida e a prática regular e prolongada de atividade física **no seu atual processo de desenvolvimento nessa fase da sua vida**?"

Nenhuma relação				Muita relação
1	2	3	4	5

O intuito dessa pergunta era o de obter uma resposta mais pessoal e subjetiva das pessoas participantes da amostra na tentativa de apontar o que esses indivíduos percebem com relação a sua prática de atividade física e a qualidade de vida que sentem no momento atual de

suas vidas. E também, analisar se, para esta população, o que conta mais são os testes mais quantitativos ou o seu bem-estar subjetivo.

3.5. "Análise Estatística"

Para a análise dos dados coletados nesta pesquisa utilizamos o teste Qui-Quadrado descrito em seguida, onde visávamos alcançar os objetivos de acordo com a amostra, através da análise da existência de correlação entre os três instrumentos utilizados.

Teste Qui-Quadrado de Pearson.

Segundo Campos (2001), o teste de Qui-Quadrado de Pearson "compara freqüências obtidas experimentalmente, com freqüências teóricas (esperadas), calculadas matematicamente para o mesmo número da amostra".

De acordo com o autor, os dados devem ser de grandezas discretas, para poderem ser contados e reduzidos a uma tabela de freqüência denominada tabela de contingência, que são formadas de *m* linhas e *n* colunas, tendo como grau de liberdade o produto de $(m - 1) * (n - 1)$. A maioria das tabelas de contingência deste estudo são formadas de duas linhas e duas colunas, tendo, portanto, grau de liberdade igual a 1.

O teste é considerado significativo quando a soma dos quadrados dos desvios dos dados ultrapassar valores pré-determinados, encontrados em tabelas específicas que indicam os limites unilaterais do teste de Qui-Quadrado, os quais indicam o valor de significância do teste ao nível de probabilidade escolhido, conforme o número de graus de liberdade existente.

Quando existe tal significância, decorre que é rejeitada uma hipótese inicial $\mathbf{H_0}$ de que proporções iguais de respostas deveriam ser encontradas em todos os casos analisados, devendo-se aceitar uma hipótese alternativa $\mathbf{H_1}$ de que deverá haver um comportamento significativamente diferenciado entre determinados segmentos (agrupamentos) dos dados analisados, os quais diferem estatisticamente dos demais agrupamentos.

Quando não existe significância para o teste, aceita-se a hipótese inicial $\mathbf{H_0}$, qual seja, a de que não existe correlação entre as variáveis estudadas, comportando-se elas como variáveis independentes, e, no caso, deverá se concluir que todos os indivíduos tenham o mesmo comportamento frente a relação analisada.

No presente estudo trabalhou-se com níveis de significância de até 5% de probabilidade. A escolha das categorias foi realizada utilizando a mediana de cada variável, ou seja, através do programa estatístico SAS foi utilizado um número que pudesse traduzir a homogeneidade da amostra e a mediana é o número que melhor traduz essa questão já que ela "divide os dados ao meio".

De acordo com a dispersão dos dados da amostra, o programa divide as variáveis em duas (n, p) ou três categorias (m, n, p), onde se disponibilizam as pessoas de acordo com suas respostas e os números encontrados para cada categoria, seguindo a explicação acima exposta.

5. ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. "Características da Amostra"

Podemos visualizar na figura 5.1 a caracterização de nossa amostra que foi composta por 37 pessoas sendo 31 mulheres (84%) e 6 homens (16%).

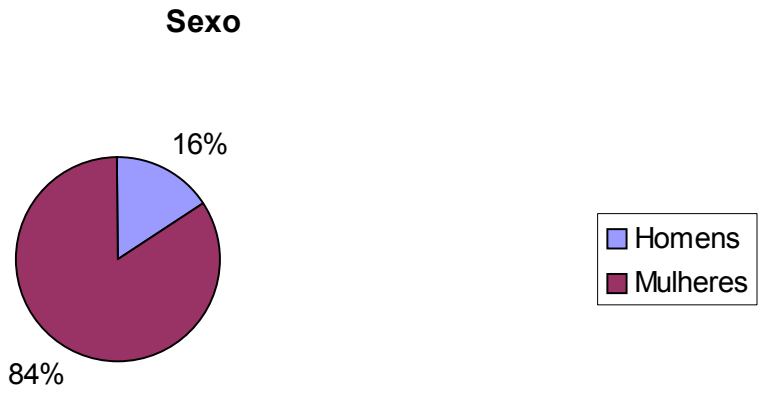


FIGURA 5.1 - Distribuição percentual dos entrevistados quanto ao sexo.

Através dos resultados de nossa pesquisa podemos concordar com os autores (SHEPHARD, 2003, CARVALHO, 2003) que citam que no envelhecimento ocorre um processo que chamamos de "feminização" do envelhecimento.

Shephard (2003) ressalta que este fenômeno ocorre em todos os países, independente de serem desenvolvidos ou serem países em desenvolvimento. Este autor aponta que isso ocorre devido à junção de diversos fatores, como genéticos, biológicos, sociais e culturais, porém, essa maior longevidade das mulheres, por vezes, acaba acarretando com que essa população viva um tempo maior com mais incapacidades devido a deterioração de algumas funções físicas (energia aeróbia e força muscular, principalmente) que aumentam com o avançar da idade.

Porém, nos últimos anos essa vantagem das mulheres tem diminuído principalmente por causa das alterações dos hábitos e estilo de vida delas; as mulheres aumentaram o consumo de bebidas alcoólicas e cigarro além de estarem vivendo os mesmos stresses diários a que apenas os homens eram submetidos há algumas décadas atrás, como (des)emprego, trânsito, entre outros, diminuindo, com isso, essa "proteção biológica" (SHEPHARD, 2003).

Nesta pesquisa foi escolhida a idade mínima de 50 anos por concordar com o posicionamento da OMS quando esta defende que a partir da quinta década de vida deve-se aumentar a divulgação de informações e de sugestões sobre atividades físicas para essa população, pois sabe-se que os benefícios da atividade física habitual podem ser relevantes para evitar, minimizar e/ou reverter muitos dos problemas de ordem física, psicológica e social, que acompanham o avançar da idade (OMS, 1996).

Consideramos intervalos de 5 anos para organizar os dados coletados por faixa etária, sendo que a sua distribuição pode ser visualizada na figura 5.2.

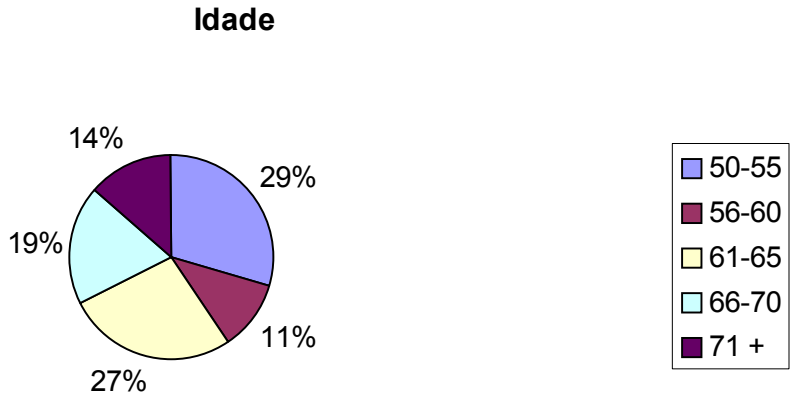


FIGURA 5.2 - Distribuição percentual dos entrevistados quanto à idade.

A figura 5.3 nos mostra a distribuição da amostra em relação aos lugares onde os voluntários da pesquisa realizavam suas práticas de atividades físicas e podemos visualizar que a maior fração (48%), participava das atividades oferecidas pelo SESC/Campinas, um espaço de convivência e lazer, encontrado em todo o território brasileiro, que tem se destacado no trabalho com idosos. No item outros*, sub-entende-se que algumas pessoas participavam de programas de dois ou mais lugares, como academias, parques, e outros espaços de convivência.

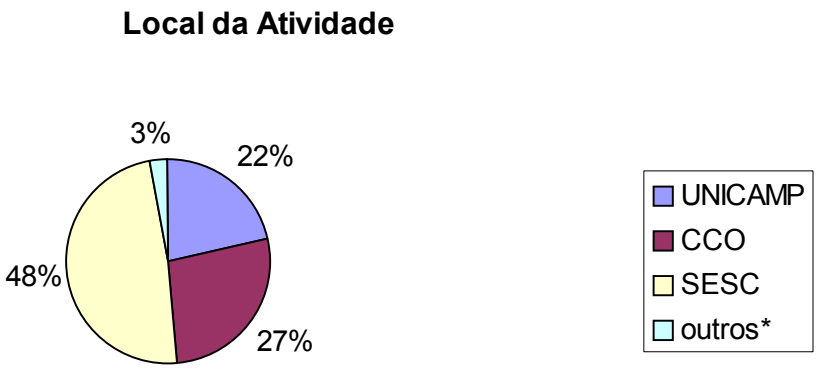


FIGURA 5.3 - Distribuição percentual dos entrevistados quanto ao local da prática de atividade física.

Em relação à questão sobre a freqüência semanal, a maior fração de resposta corresponde àqueles que realizavam atividades físicas duas vezes por semana (27%), mas percebe-se também um grande número de pessoas, 24%, praticando atividades físicas quatro vezes por semana, principalmente entre aquelas pessoas que praticam mais de uma modalidade (figura 5.4). A alta incidência de pessoas praticando atividades físicas duas ou quatro vezes por semana acontece, provavelmente, devido à disponibilidade das aulas que normalmente são oferecidas duas vezes na semana.

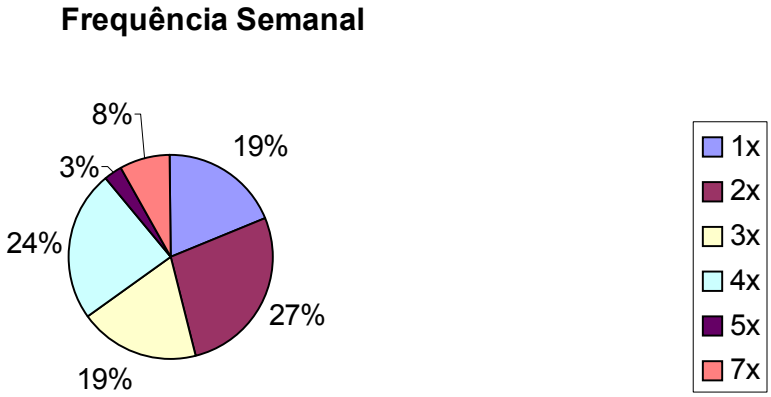


FIGURA 5.4 – Distribuição percentual dos entrevistados quanto à freqüência semanal de atividade física.

Na figura 5.5, podemos visualizar os dados sobre o tempo que os voluntários praticam atividade física e não podemos deixar de salientar o fato dessa pesquisa ter encontrado idosos que ressaltaram praticar atividades físicas regulares por um longo tempo, por dez anos ou mais de forma ininterrupta - 21%, entre seis e oito anos -19% e 46% dos entrevistados praticam atividades físicas entre um e quatro anos.

Esses resultados vêm ao encontro dos relatados na literatura, mostrando que essa população por nós analisada já está consciente dos benefícios da prática regular e de forma ininterrupta que as atividades físicas podem propiciar como relatam vários autores (AMERICAN COLLEGE OF SPORTS AND MEDICINE, 1995; GALLO JR. et al., 1995; SANTARÉM, 1997, 2003; MEIRELLES, 2000; POWERS, HOWLEY, 2000; OKUMA, 2002; FORTI, CHACON-MIKAHIL, 2004; McARDLE, KATCH, KATCH, 2003).

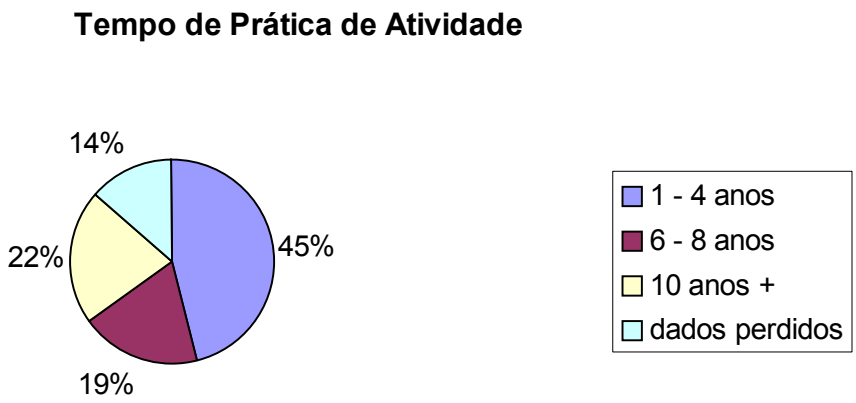


FIGURA 5.5 - Distribuição percentual dos entrevistados quanto ao tempo que pratica atividade física.

Sobre os objetivos que mais incentivaram os entrevistados à prática regular e prolongada de atividade física, a busca por uma condição física melhor (64,86%), seguida pela estética (51,35%), fins terapêuticos (45,95%) e convívio social (45,95%) como pode ser visualizado na figura 5.6.

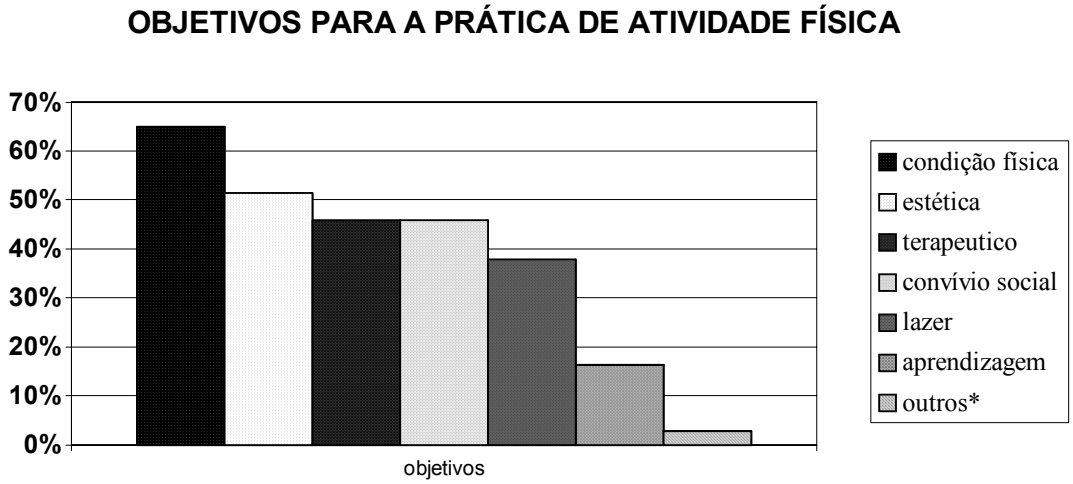


FIGURA 5.6 - Distribuição percentual dos entrevistados quanto aos objetivos da prática.

A figura 5.7 mostra as atividades mais comuns praticadas por essa população que são hidroginástica (51,35%), caminhada (35,14%) e ginástica (24,32%). Podemos destacar também um índice considerável de 21,62% para conscientização corporal e yoga, mostrando uma procura por parte dessas pessoas por técnicas diferenciadas de trabalho corporal, fenômeno este que tem acontecido em todas as demais camadas etárias.

Um percentual interessante de 13,51% também pode ser destacado em relação a prática regular de musculação. É importante ressaltar a intensificação de estudos e informações a respeito dessa modalidade apontando as qualidades dessa prática especialmente para essa população que está envelhecendo (SANTAREM, 1997, 2003; POWERS, HOWLEY, 2000; McARDLE, KATCH, KATCH, 2003).

Todas essas atividades possuem um grande apelo com essa faixa etária, onde vários estudos que já salientaram os ganhos que elas trazem a essa população.

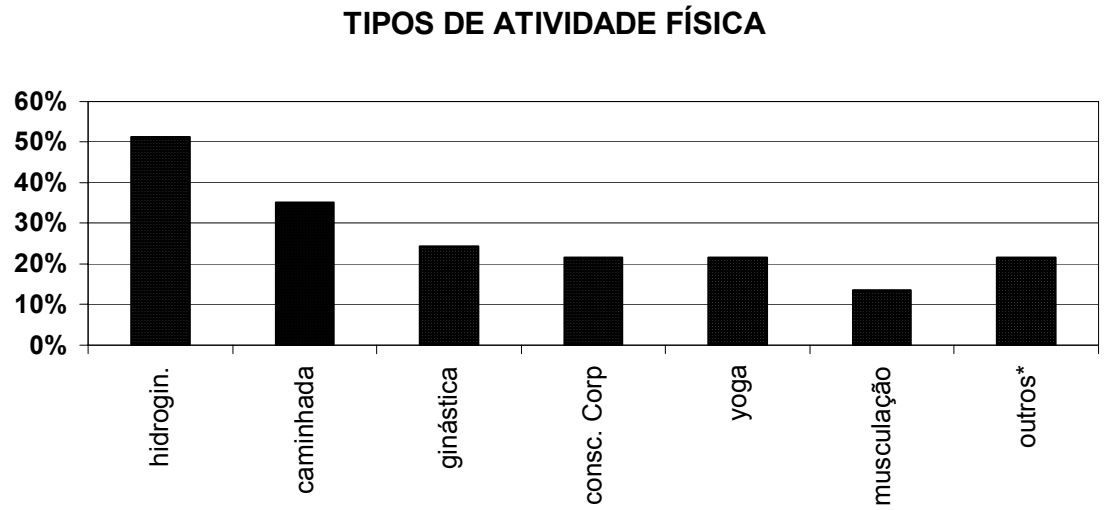


FIGURA 5.7 - Distribuição percentual dos entrevistados quanto ao tipo de atividade praticada.

5.2. "Dados sobre Estilo de Vida"

Estilo de vida são os hábitos e comportamentos que cada pessoa adquire e apresenta como algo próprio seu. Lessa (1999) aponta que ele "inclui hábitos e comportamentos auto-determinados, adquiridos social ou culturalmente, de modo individual ou em grupos [...]" (p.288), como os hábitos de fumar e ingerir bebidas alcoólicas, o sedentarismo ou a prática de alguma atividade física, o controle da dieta ou o exagero na alimentação que podem causar obesidade e outros agravos provenientes desses comportamentos.

Algumas questões que visavam checar o estilo de vida da população estudada foram feitas, como o hábito de fumar e ingerir bebida alcoólica e se faziam alguma forma de tratamento médico regular; assim como perguntas que tinham como objetivo apontar como está a saúde dessa população com relação a doenças relacionadas à um estilo de vida não adequado, se eles apresentavam diabetes mellitus, hipertensão arterial e problemas na coluna.

Sobre o hábito de fumar e ingestão de bebidas, as figuras 5.8 e 5.9 mostram que 89% disseram que não fumavam no momento da pesquisa e 68% disseram não ingerir bebidas alcoólicas naquele momento, sendo que 16% disseram ingerir de forma esporádica.

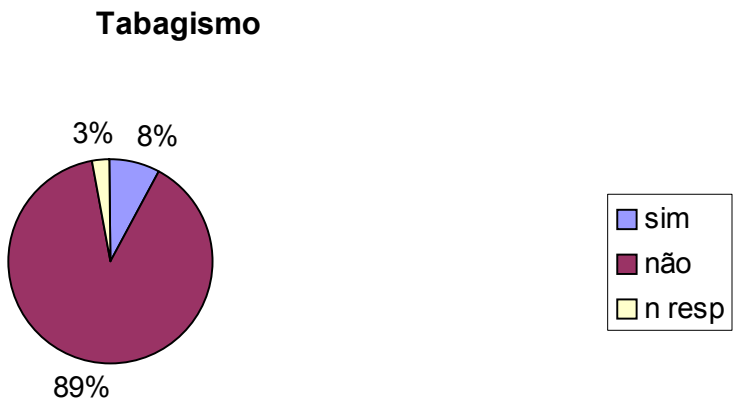


Figura 5.8 – Distribuição do percentual dos entrevistados com relação ao tabagismo.

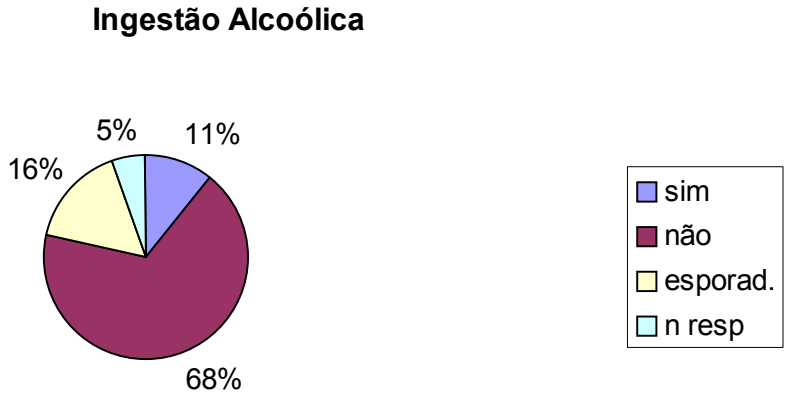


Figura 5.9 – Distribuição do percentual dos entrevistados com relação ao tabagismo e a ingestão de bebidas alcoólicas.

A maioria da população pesquisada (70%) respondeu que faziam algum tipo de tratamento médico de forma regular, como podemos visualizar na figura 5.10.

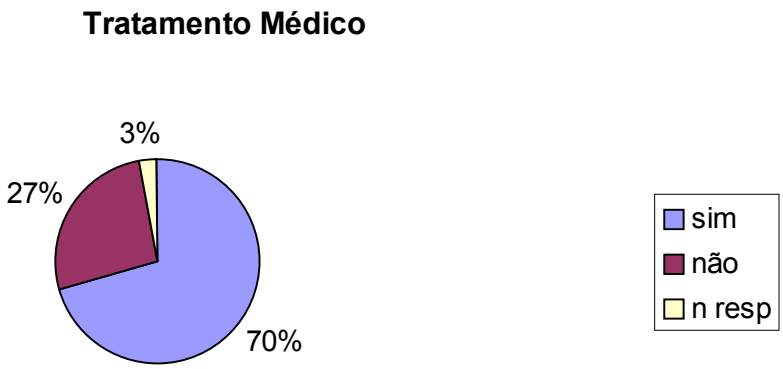
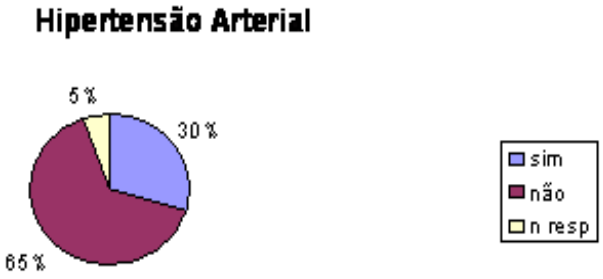


Figura 5.10 – Distribuição percentual dos entrevistados que fazem tratamento médico regular.

Em relação à patologia hipertensão arterial, podemos visualizar que 65% dos entrevistados disseram não apresentar essa doença assim como 72% não tem a patologia diabetes mellitus (figura 5.11). Porém, 59% dos voluntários participantes dessa pesquisa relataram ter problemas na coluna.



Sobre as Atividades de Lazer praticadas por essa população, foram encontradas mais de 30 categorias/atividades diferentes de práticas. Mais de 40% da amostra (40,54%) disseram ir ao cinema como forma de lazer, 32,43% apontaram viagens e 29,43% leitura. A única atividade física considerada como forma de lazer com uma porcentagem considerável (18,92%) foi a caminhada, porém, também foram apontados como forma de lazer a prática de yoga, a hidroginástica, dançar, jogar futebol e andar de bicicleta. Passeios, teatro e música também foram apontados (10,81%) como lazer, assim como reuniões, ida a bares e

restaurantes, diversas formas de artesanato, marcenaria, fotografia e até compras em shopping centers.

Importante apontar que os dados encontrados correspondem a uma população específica, com nível escolar de pelo menos o segundo ciclo do ensino fundamental, moradores de Campinas e que participam espontaneamente de práticas de atividades físicas oferecidos pelos três locais estudados nesta pesquisa.

5.3. "Correlação entre os Dados"

Os resultados numéricos com os respectivos níveis de significância serão apresentados nas tabelas a seguir e os valores não salientados indicam não existir correlação entre os domínios estudados:

- Na Tabela 5.1, podemos visualizar os valores que nos indicam o Qui-Quadrado obtidos nas relações entre os domínios de Autoconceito e os domínios de Qualidade de Vida;
- As relações entre a Percepção Atual da prática de Atividade Física e Qualidade de Vida e os domínios de Qualidade de Vida (Tabela 5.2);
- As relações entre a Percepção Atual da prática de Atividade Física e Qualidade de Vida e os domínios de Autoconceito (Tabela 5.3).

Na Tabela 5.1 podem ser destacadas as altas correlações, com diferenças significativas ao nível de 5% de probabilidade, entre as relações dos domínios de Autopercepção (EFA) e Aspectos Físicos (SF-36) e dos domínios de Ético-Moral (EFA) e Aspectos Emocionais (SF-36).

Um alto "score" no fator Autopercepção indica pessoas que possuem um comportamento de respeito aos outros e aos seus próprios princípios e valores. No fator Ético-Moral, uma alta pontuação aponta que essas pessoas se percebem com condutas e comportamentos adequados, e com relação a Autoconfiança um score elevado indica que esses indivíduos podem se sentir mais seguros e estáveis.

No SF-36, uma boa pontuação no domínio Aspecto Físico pode indicar que essas pessoas possuem pouca ou nenhuma limitação no seu trabalho e/ou AVDs. No domínio Aspectos Emocionais, um score elevado pode indicar pessoas que percebem, sentem poucas

ou nenhumas limitações emocionais nas suas AVDs. Com relação a Capacidade Funcional uma pontuação elevada significa que os indivíduos pesquisados não relataram perdas ou limitações funcionais.

Ainda no SF-36, pessoas que pontuaram bem no domínio Estado Geral de Saúde podem orientar a pesquisa no sentido de que essas pessoas se sentem mais saudáveis.

A alta correlação entre a Autopercepção e os Aspectos Físicos apontam para a relação que as pessoas aqui pesquisadas não apresentaram limitações físicas e ao mesmo tempo percebem se relacionar de uma melhor forma com seus próximos, respeitando os seus próprios princípios.

A alta correlação obtida entre os domínios Ético-Morais e Aspectos Emocionais apontam no mesmo sentido, relacionando que esses indivíduos que se percebem como pessoas com condutas e comportamentos adequados também se percebem como indivíduos com poucas limitações emocionais para as suas atividades diárias.

Os resultados obtidos para as relações entre a Percepção Atual da prática de Atividade Física e Qualidade de Vida e os domínios de Qualidade de Vida (Tabela 5.2) e para as relações entre a Percepção Atual da prática de Atividade Física e Qualidade de Vida e os domínios de Autoconceito (Tabela 5.3) indicaram existir fortes correlações entre diversos tópicos.

Assim, percebeu-se (Tabela 5.2) a existência de altíssima correlação, com significância ao nível de 1% de probabilidade, entre a Percepção Atual entre Qualidade de Vida e Atividade Física e os domínios de Capacidade Funcional, Estado Geral de Saúde e Aspectos Físicos, relativos ao questionário sobre Qualidade de Vida (SF-36).

De fato, na figura 5.12 fica fácil de ser visualizado que a amostra estudada nesta pesquisa apresentou apenas respostas bem altas sobre a Percepção Atual entre Qualidade de Vida e Atividade Física, indicando que as pessoas responderam perceber que existe uma boa ou alta relação entre a prática de forma regular e prolongada de atividade física e sua qualidade de vida percebida no momento da pesquisa.

Tabela 5.1 - Valores de Qui-Quadrado obtidos para as relações entre os domínios de Autoconceito e os domínios de Qualidade de Vida, com os respectivos níveis de significância.

DOMÍNIOS DE AUTOCONCEITO	DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA							
	CAPACIDADE FUNCIONAL	ESTADO GERAL DE SAÚDE	DOR	VITALIDADE	S. MENTAL	ASP.FÍSICO	ASP.SOCIAL	ASP.EMOCIONAL
AUTOCONFIANÇA	1,66	0,83	**3,41** + *1gl*	1,30	**3,29** + *1gl*	4,33	3,37	**5,51** + *2gl*
AUTOCONTROLE	0,01	0,04	0,02	0,70	2,17	2,97	4,37	2,90
AUTOPERCEPÇÃO	1,09	0,0003	1,20	**3,46** + *1gl*	1,30	**6,03** * *2gl*	3,64	3,59
RELAC. SOCIAL	0,34	0,83	0,02	0,70	0,24	4,51	0,77	0,41
PRINC. ÉTICOS	0,13	0,0003	**3,11**+ *1gl*	0,28	**3,24** + *1gl*	**5,75** + *2gl*	3,64	**6,39** * *2gl*
APARÊNCIA	1,13	1,85	0,18	2,10	2,24	0,29	0,35	1,80

* - significativo ao nível de 5% de probabilidade; + - significativo ao nível de 10% de probabilidade.

Tabela 5.2 - Valores de Qui-Quadrado obtidos para as relações entre a percepção atual da prática de Atividade Física e Qualidade de Vida e os domínios de Qualidade de vida, com os respectivos níveis de significância.

PERCEPÇÃO	DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA							
	CAP.FUNCIONAL	EST. G.SAÚDE	DOR	VITALIDADE	S. MENTAL	ASP.FÍSICO	ASP.SOCIAL	ASP.EMOCIONAL
ATUAL	9,49 ** *1gl*	7,74 ** *1gl*	1,64	**3,13** + *1gl*	2,30	9,34 ** *2gl*	1,17	6,03 * *2gl*

** - significativo ao nível de 1% de probabilidade; * - significativo ao nível de 5% de probabilidade; + - significativo ao nível de 10% de probabilidade

Tabela 5.3 - Valores de Qui-Quadrado obtidos para as relações entre a percepção atual da prática de Atividade Física e Qualidade de Vida e os domínios de Autoconceito, com os respectivos níveis de significância.

PERCEPÇÃO	DOMÍNIOS DE AUTOCONCEITO					
	AUTOCONFIANÇA	AUTOCONTROLE	AUTOPERCEPÇÃO	RELAC. SOCIAL	PRINC. ÉTICOS	APARÊNCIA
ATUAL	3,97 * *1gl*	0,01	**3,07** + *1gl*	0,34	6,03 * *1gl*	1,13

* - significativo ao nível de 5% de probabilidade; + - significativo ao nível de 10% de probabilidade.

Esta questão (sobre percepção atual entre qualidade de vida e atividade física) apresentava cinco opções de respostas, que vão de 1 (nenhuma relação) até 5 (muita relação), e, pela figura é possível perceber que não houve respostas abaixo do que seria a média delas (de um a cinco), ou seja, abaixo do número 3.

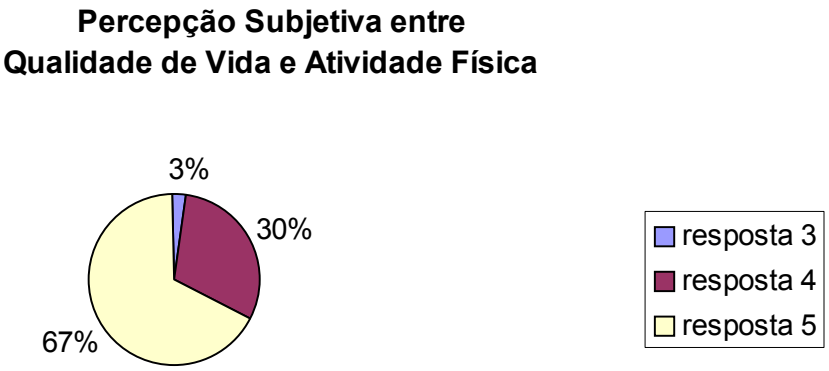


Figura 5.12 - Distribuição percentual dos entrevistados na questão sobre Percepção Atual entre a prática de Atividade Física e a Qualidade de Vida.

Sobre a Capacidade Funcional, Ciconelli (1997) relata que este domínio aponta a presença e a extensão das limitações que a pessoa relaciona à sua capacidade física, onde, quanto maior o score obtido pelo voluntário nesse domínio, menores as limitações sentidas por ela.

A altíssima correlação a nível de 1% de probabilidade obtida entre estas duas variáveis (questão sobre percepção atual entre qualidade de vida e atividade física e a capacidade funcional) indica que as pessoas que não relataram perdas ou limitações funcionais também relacionaram perceber uma alta relação entre a sua prática de atividade física e a sua qualidade de vida, podendo indicar que a prática regular e de forma prolongada de atividade física pode ter influência nas poucas ou nenhumas limitações funcionais sentidas pela pessoa e, com isso, exercer papel importante na percepção de uma boa qualidade de vida pelos mesmos.

O mesmo ocorre nas relações da percepção atual entre qualidade de vida e atividade física e os domínios de Estado Geral da Saúde e do Aspecto Físico. As pessoas que apontaram perceber alguma relação entre a sua prática de atividade física e sua

qualidade de vida também relataram que se sentem mais saudáveis (domínio do estado Geral de Saúde). Da mesma forma pessoas que apontaram perceber alguma relação entre a sua prática de atividade física e sua qualidade de vida também relataram possuir pouca ou nenhuma limitação no seu tipo e quantidade de trabalho físico e AVDs.

A percepção atual entre qualidade de vida e atividade física ainda apresenta uma alta correlação, com significância ao nível de 5%, com o domínio de Aspecto Emocional do SF-36 (Tabela 5.2) e com os domínios de Autoconfiança e de Ético-Moral do questionário de Autoconceito (EFA), como pode ser observado na Tabela 5.3.

Realmente, sobre os Aspectos Emocionais, Ciconelli (1997) aponta que o questionário aborda quais são os aspectos emocionais envolvidos e a quantidade de limitações emocionais no trabalho, além das AVDs das pessoas e as suas dificuldades, sendo que quanto maior o score, menores as dificuldades sentidas pela população estudada, podendo indicar que as pessoas que praticam atividade física de forma regular e prolongada também relatam se sentir emocionalmente sadias e com uma alta percepção da relação dessa prática com a qualidade de vida que sentem.

Com relação à Autoconfiança, Tamayo (1981) aponta que um alto score neste domínio representa uma pessoa que possui firmeza, estabilidade e um alto sentimento de segurança, podendo indicar que, no nosso caso, as pessoas que praticavam atividade física de forma regular e prolongada também se sentiam seguras e estáveis, mantendo uma boa percepção da relação dessa prática com sua qualidade de vida.

Sobre o domínio Ético-Moral, esse mesmo autor relata que altos scores indicam pessoas que se percebem com condutas e comportamentos que são regulados pelas normas ético-morais e que se reconhecem como dignas e honestas. No presente estudo, portanto, a alta correlação obtida entre estas variáveis pode indicar que os voluntários se reconhecem enquanto pessoas dignas e honestas e com alta percepção da relação entre a prática de sua atividade física com sua qualidade de vida.

A questão número 2 do questionário SF-36 tinha como finalidade avaliar “as alterações de saúde ocorridas no período de um ano” (CICONELLI, 1997, p. 19), sob a perspectiva dos indivíduos, ou seja, é uma questão subjetiva a respeito de como eles percebem a sua saúde hoje comparada com a de um ano atrás. Como pode ser visualizado

na figura 5.13, 46% das pessoas participantes da pesquisa disseram perceber a sua saúde muito melhor no momento da pesquisa do que a de um ano atrás, 22% relataram percebê-la um pouco melhor agora e 32% a percebem como quase a mesma do que a de um ano atrás.

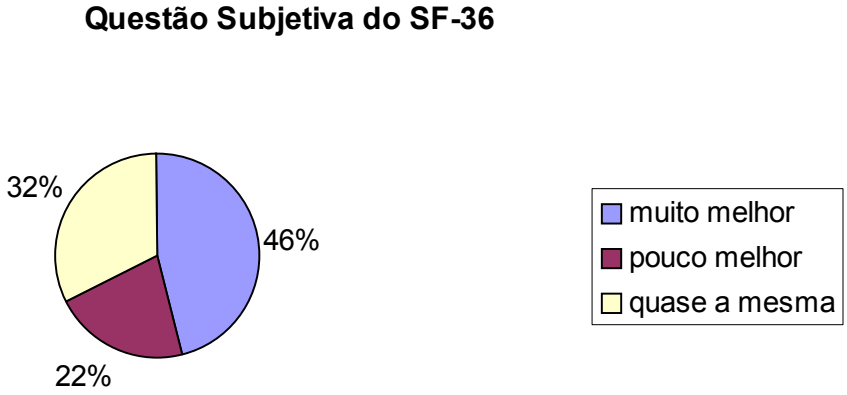


Figura 5.13 - Distribuição percentual de respostas dos entrevistados na questão número 2 do questionário SF-36

Não podemos afirmar nesta pesquisa que a prática de atividade física de forma prolongada e regular é o único fator que influenciou na saúde de nossos voluntários, mas podemos inferir que esta prática pode auxiliar em uma melhor percepção de sua saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muito se tem estudado e divulgado sobre a importância de práticas de Atividade Física para pessoas que se encontram em processo de envelhecimento (BARBOSA, 2000; CARVALHO, 2003; DEPS, 1993; GOBBI, 1997; HURLEY & HAGBERG, 1998; MATSUDO & MATSUDO, 1992; MEIRELLES, 2000; NÓBREGA et all., 1999; OKUMA, 1998; OKUMA, 20.02; OMS, 1996; OMS, 2002; PEREIRA et all., 2003; ROSA et all., 2003; SHEPHARD, 2003; SPIRDUSO & CRONIN, 2001).

Neste trabalho, que teve como objetivos investigar quais seriam as relações existentes entre os domínios da Qualidade de Vida e do Autoconceito em uma população em processo de envelhecimento e, também, identificar como essa mesma população perceberia a relação entre a prática regular e prolongada de Atividade Física e a Qualidade de Vida sentida por eles no momento da pesquisa, encontramos resultados que indicam a existência de algumas correlações entre os vários domínios estudados.

Assim, podemos apontar uma altíssima relação (ao nível de 1% de probabilidade) entre a percepção atual da prática de atividade física e a qualidade de vida sentida por eles com alguns domínios da Qualidade de Vida, a saber, com a Capacidade Funcional, com o Estado Geral de Saúde e com os Aspectos Físicos.

Esta mesma percepção manteve alta correlação (ao nível de 5% de probabilidade) com o domínio Aspectos Emocionais da Qualidade de Vida e com os fatores Autoconfiança e Ético-Moral do Autoconceito.

O domínio Aspectos Físicos da Qualidade de Vida apresentou também alta correlação com o fator Autopercepção do Autoconceito, assim também ocorrendo com o domínio Aspectos Emocionais da Qualidade de Vida quando correlacionado com o fator Ético-Moral do Autoconceito.

Por fim, os voluntários apontaram perceber que a sua saúde atual está melhor do que a de um ano atrás e que para eles existe uma grande relação entre a sua prática de atividade física e a qualidade de vida sentida por eles no momento da pesquisa.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

ALLEYNE,G.A.O. Healthy and Quality of Life In: Revista Panamericana de Salud Publica, v. 9 (1), p. 1-6, 2001.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE (ACSM). Guidelines for graded exercise testing and prescription. Philadelphia: Lea & Febiger, 1995.

ARAÚJO, K. B. G. O resgate da memória no trabalho com idosos: o papel da educação física. Campinas, São Paulo: [s.n.], dissertação de mestrado, 2001.

BALTES, P. B. AND BALTES, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes and M. M. Baltes (orgs.) Successful aging. Perspectives from behavioral sciences. Cambridge: Cambridge University Press.

BARBOSA, R.M. dos S.P. Educação física gerontológica. Rio de Janeiro: Sprint, 2000.

CARVALHO, R. B. da C. Perfil de aptidão física relacionada à saúde de pessoas a partir de 50 anos praticantes de atividades físicas. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas: [s.n], 2003.

CARSTENSEN,L.L. Motivação para o contato social ao longo do curso de vida: uma teoria da seletividade socioemocional. In: NERI, A.L. (org) Psicologia do Envelhecimento. Campinas. Papirus, p. 111-144, 1995.

CICONELLI, R. M. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida 'Medical Outcomes Study 36-item short form Health Survey (SF-36)'. Tese (Doutorado), Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

DEPS, V.L. Atividade física e bem-estar psicológico na maturidade. NERI, A. L. (Org.). Qualidade de vida e idade madura. Campinas, S.P.: Papirus, 1993.

DONALDSON, L. J. Sport and exercise: the public health challenge. Br. Journal of Sports and Medicine. n.34, p. 409-410, 2000.

FORTI, V. M. A. Influência do treinamento físico aeróbio dobre as respostas cardiovasculares e respiratórias em mulheres na menopausa com e sem terapia de reposição hormonal. Tese (Doutorado), Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

FORTI, V.A.M.; CHACON-MIKAHIL, M.P.T. Qualidade de Vida e Atividade Física na terceira idade. In: GONÇALVES A., VILARTA, R. Qualidade de Vida e Atividade Física: explorando teoria e prática. Barueri. Manole, p. 227-256, 2005.

FREIRE, S.A. Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In: NERI, A.L., FREIRE, S.A. E por falar em boa velhice. Campinas. Papirus, p.21-31, 2000.

GALLO JR., L. et all. Atividade física: "remédio cientificamente comprovado?". A terceira idade, Editora SESC, ano VI, n. 10, 1995.

GOBBI, S. Atividade Física para Pessoas Idosas e Recomendações da Organização Mundial de Saúde de 1996. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. v. 2, n. 3, p. 41-49, 1997.

HURLEY, B.F.; HAGBERG, J.M. Optimizing health in older persons: aerobic or strength training? American College of Sports Medicine Series: Exercise and Sport Sciences Reviews. Williams & Wilkins, 1998. v. 26, p. 61-89.

LESSA, I. Doenças Crônicas Não-transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, M.Z., ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia & Saúde. 5 ed. Rio de Janeiro. MEDSI, p. 285-299, 1999.

MARKUS, H. R., & HERZOG, A. R. (1991). The role of the self-concept in aging. Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 11, pp. 111-143.

MATARUNA DOS SANTOS, L.J.; BRIGHETTI, V. A imagem fisiológica do corpo: um estudo das obras de Paul Schilder. Artigo Final apresentado à disciplina Imagem Corporal do Curso de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Estadual de Campinas. Campinas: UNICAMP, p. 35, 2002.

MATSUDO, S. M., & MATSUDO, V.K.R. Prescrição e Benefícios da Atividade Física na Terceira Idade. Revista Brasileira de Ciência e Movimento, n. 6 v. 4, p. 19 – 30, 1992.

MCARDLE, W., KATCH, F. & KATCH, V. Fisiologia do exercício: Energia, Nutrição e desempenho Humano. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

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

MINAYO, M.C. de S., HARTZ, Z. M. de A., BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Revista Ciência e Saúde Coletiva. p. 7-18, 2000.

NAHAS, M.V. Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina – PR.: Midiograf, 238 pp., 2001.

NERI, A.L. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. NERI, A. L. (Org.). Qualidade de vida e idade madura. Campinas, S.P.: Papirus, 1993.

NERI, A.L. Psicologia do Envelhecimento: temas selecionados na perspectiva de curso de vida. Campinas – S.P. : Papirus, 1995.

NERI, A.L. Velhice e qualidade de vida na mulher. NERI, A. L. (Org.). Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas, S.P.: Papirus, 2001.

NERI, A.L. Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: rumbo a una Psicologia positiva en América Latina. Revista Latino americana de Psicologia, v. 43 n. 1-2, p. 55-74, 2002.

NIEMAN, D.C. Exercício e Saúde: como se prevenir de doenças usando o exercício como seu medicamento. São Paulo: Ed. Manole, 316 pp., 1999.

NOBREGA, A C. L. et all. Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde no idoso. Revista Brasileira de Medicina e Esporte: n. 5 v. 6, p. 207-211, nov. – dez, 1999.

OKUMA, S.S. Cuidados com o corpo: um modelo pedagógico de educação física para idosos. In: E.V. de Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzoni & S. M. da Rocha (orgs.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Editora Guanabara Koogan S.A. Rio de Janeiro, RJ, 1187 pp., 2002.

OKUMA, S.S. O idoso e a atividade física - fundamentos e pesquisa. Campinas, S.P.: Papirus, 208 pp., 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) 1998. Divisão de Saúde Mental Grupo WHOQOL. Disponível em: http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol-100.html. Acessado em: 12 de setembro de 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. The Heidelberg guidelines for promoting physical activity among older persons, 1996. Ageing and Health programme. Division of Health, Education and Comunication. [On-line]. Disponível em www.who.int/hpr/ageing. Acessado em: 30 de março de 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Active Ageing – a policy framework. Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid, Spain, April 2002. Disponível em: www.who.int/hpr/ageing/ActiveAgeingPolicyFrame.pdf. Acessado em: 30 de março de 2003.

PASCHOAL, S.M.P. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PEREIRA, A. S.; SILVA, E.S.; ANDRADE, F.C.; SANTOS, M.E.S; SANTANA, T.S. A percepção da melhora da capacidade funcional em indivíduos da terceira idade praticantes de hidroginástica. Revista Digital Vida e Saúde. Fev/Mar v.2, n. 1, 2003.

POWERS, S. K., HOWLEY, E. T. Fisiologia do exercício: Teoria e Aplicação ao Condicionamento e ao Desempenho. 1ª. ed. Brasileira, São Paulo: Manole, 2000.

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

ROUQUAYROL, M.Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. IN. ROUQUAYROL, M.Z., ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia & Saúde. 5 ed. Rio de Janeiro. MEDSI, p. 15-30, 1999.

SALGADO, M. A. Velhice, uma nova questão social. 2. ed. São Paulo: SESC-CETI, 1988. 121 p.

SANTANA, V.H. A avaliação do autoconceito e a atividade física. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas : [s.n.], 2003.

SANTAREM, J. M. Atualização em Exercícios Resistidos: Conceituações e situação atual. In: REVISTA MEDICINA DESPORTIVA. n. 31, p. 15-16, MAIO de 1997.

SANTARÉM, J. M. Promoção da Saúde do Idoso (A importância da atividade física), site www.saudetotal.com, 17/03/2003.

SEIDL, E.M.F; ZANNON,C.M.L da C. Qualidade de Vida e Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 20 v.2, p. 580-588, mar-abr 2005.

SHEPHARD, R. J. Envelhecimento, atividade física e saúde. São Paulo: Phorte, 2003.

SILVA, M.A.D da. Exercício e Qualidade de vida. In: GHORAYEB, N.; BARROS, T. O Exercício – preparação fisiológica, avaliação médica, aspectos especiais e preventivos. São Paulo: editora Atheneu, 1999.

SIMÕES, R. (Qual)idade de vida na (qual)idade de vida. MOREIRA, W.W. (Org.) Qualidade de vida: complexidade e educação. Campinas, S.P.: Papirus, 2001.

SPIRDUSO, W.W.; CRONIN, D. L. Exercise dose-response effects on quality of life and independent living in older adults. Medicine and Science in Sports and Exercise. p. S598-S608, 2001.

TAMAYO, A. EFA: Escala Fatorial de Autoconceito. Arquivos Brasileiros de Psicologia, n. 33 v.4, p. 87-102, Rio de Janeiro, 1981.

VERAS, R. A era dos idosos. Disponível em: <http://www.rits.org.br/>. Revista do Terceiro Setor. Rio de Janeiro: Rede de Informações para o Terceiro Setor. Acessado em: 25 de setembro de 2002.

8. ANEXOS

Incluímos neste anexo:

- 8.1. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pós-informação para pesquisas em seres humanos (consentimento formal);
- 8.2. Cópia do parecer de aprovação do Comitê de Ética Médica do Hospital das Clínicas da UNICAMP, obtido através da submissão do projeto de pesquisa, acrescido da descrição detalhada dos protocolos experimentais;
- 8.3. Ficha de anamnese individual (ficha de avaliação);
- 8.4 Escala Fatorial de Autoconceito;
- 8.5 SF-36: Questionário de Qualidade de Vida;
- 8.6. Percepção Atual entre Qualidade de Vida e Atividade Física.

8.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos(as) voluntários(as) que participarão do Projeto de Pesquisa: **"Influência da Atividade Física sobre os domínios da Qualidade de Vida e do Autoconceito no processo de envelhecimento".**

RESPONSÁVEL PELO PROJETO: Prof.a. Dra. Vera Aparecida Madruga Forti
Pós-Graduanda: Flávia Sattolo Rolim
LOCAL DE DESENVOLVIMENTO DO PROJETO: Departamento de Estudos da Atividade Física Adaptada/Faculdade de Educação Física/Universidade Estadual de Campinas. Projeto vinculado ao Programa de Pós-Graduação desta Instituição.

Eu,_____, _____anos de idade, RG_____ residente à_____,
voluntariamente concordo em participar do projeto de pesquisa acima mencionado, que será detalhado a seguir, e sabendo que para a sua realização as despesas monetárias serão de responsabilidade da instituição.
É de meu conhecimento que este projeto será desenvolvido em caráter de pesquisa científica e objetiva verificar como a realização de uma prática regular de atividades físicas diversas, a mais de 1 ano, em pessoas a partir de 50 anos, pode influenciar as variáveis de Qualidade de Vida que serão compostos pelo instrumento de avaliação The Medical Outcomes Study Short Form – SF-36. Neste instrumento são avaliados os domínios de capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.
Além deste instrumento de avaliação também utilizaremos um questionário referente a Autoconceito (no intuito de avaliar a influência que este sofre pela prática de atividade física regular nesta população) e mais uma questão complementar visando perceber a qualidade da relação entre esta prática e a Qualidade de Vida dos voluntários.
Fui esclarecido(a) que estes questionários serão aplicados em apenas uma fase e que despenderá de aproximadamente 15 minutos para o seu preenchimento.
Estou ciente ainda, de que, as informações obtidas durante as avaliações serão mantidas em sigilo e não poderão ser consultadas por pessoas leigas, sem a minha devida autorização. Esses dados coletados, no entanto, poderão ser usados para fins de pesquisa científica, desde que a minha privacidade seja totalmente resguardada.
Li e entendi as informações precedentes, sendo que eu e os responsáveis pelo projeto já discutimos todos os riscos e benefícios decorrentes deste, onde as dúvidas futuras que possam vir a ocorrer poderão ser prontamente esclarecidas, bem como o acompanhamento dos resultados.
Comprometo-me, na medida das minhas possibilidades, responder aos questionários da melhor forma possível a fim de colaborar para um bom desempenho do trabalho científico dos responsáveis por este projeto.

CAMPINAS, de de 2005.

_____
VOLUNTÁRIO(A)

_____
Flávia Sattolo Rolim
Aluna de mestrado

_____
Prof ª. Dr ª. Vera Aparecida Madruga Forti.
ORIENTADORA / Fone: (0xx19) 3788-6607 (DEAFA/UNICAMP)

Comitê de Ética/ Informações Fone: (0xx19) 3788-8936.

8.2. Parecer Comitê de Ética

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP
(0_19) 3788-8936
FAX (0_19) 3788-8925
www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html
cep@fcm.unicamp.br

CEP, 16/03/04.
(Grupo III)

PARECER PROJETO: Nº 083/2004

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: **"QUALIDADE DE VIDA, PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E ATIVIDADE FÍSICA REGULAR PROLONGADA: QUAIS AS SUAS RELAÇÕES?"**.
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Flávia Sattolo Rolim
INSTITUIÇÃO: Faculdade de Educação Física/UNICAMP
APRESENTAÇÃO AO CEP: 18/02/2004
APRESENTAR RELATÓRIO EM: 17/03/05

II - OBJETIVOS

O estudo visa apontar a perspectiva dos voluntários sobre as relações entre o autoconceito, a qualidade de vida e a prática de atividade física regular e prolongada. Com isso, pretende-se reforçar a importância de uma vida ativa em todas as idades e especialmente naquelas pessoas cujo processo de envelhecimento se apresenta com mais força, auxiliando na manutenção de suas atividades diárias, na sua vida social e afetiva e na sua saúde física e mental. O objetivo do estudo é o de analisar os dados coletados nos instrumentos da pesquisa sobre qualidade de vida, autoconceito ea prática regular e prolongada de atividade física, descrevendo de que forma as relações entre esses três objetos de avaliação acontecem e como essa população a percebe.

III – SUMÁRIO

O projeto será desenvolvido em parceria com a Fac. Educação Física da UNICAMP, Espaço Corporal Odenise e SESC-Campinas, locais esses de onde serão selecionados 40 indivíduos de ambos os sexos, com idade mínima de 50 anos e praticantes de atividade física regular e prolongada (mínimo de 12 meses). Indivíduos que não preencherem esse perfil serão excluídos da amostra. Metodologia: serão utilizados instrumentos qualitativos para maior conhecimento dos participantes ou seja, uma ficha anamnese, um questionário de avaliação de qualidade de vida (The Medical Outcomes Study Short Form -SF 36), assim como o questionário de avaliação de Autoconceito Escala Fatorial de Autoconceito (EFA). A Metodologia e as condições para desenvolvimento do estudo estão adequadas sendo que os questionários serão aplicados pelo próprio pesquisador.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O protocolo está bem estruturado, não envolve riscos para os participantes e os benefícios são bastante claros. O Termo de Consentimento Formal Livre e Esclarecido está claro e adequado.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na III Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 16 de março de 2004.

Profa. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

8.3. Ficha Anamnese

Nome:_____ Sexo: F/M

Data de nascimento:_____Idade:_____
Endereço:_____CEP:_____Cidade:___
Telefone: res.:_____com:_____cel:_____
E-mail:_____
Estado Civil: _____ Filhos:_____
Profissão: _____

1. Quais foram os seus objetivos ao procurar uma prática de atividade física (AF):
( ) estética ( ) condição física ( ) lazer
( ) aprendizagem ( ) terapêutico ( ) convívio social
( ) outros_____

2. Qual o tipo de AF que você pratica:_____
Local:_____
Quantas vezes por semana_____ Há quanto tempo:_____

3. Quais as AF que você praticou anteriormente: _____
Durante quanto tempo: _____ Quantas vezes por semana: _____
Há quanto tempo ficou sem praticar AF:_____

4. Quais são as suas atividades de lazer:_____
_____
_____

5. FUMA: S / N Quanto:_____

6. BEBE: S/N - esporadicamente Quanto:_____

7. Sofre ou já sofreu de algum problema na coluna: ( ) sim( ) não
Especifique qual o tratamento_____
_____

8. Já sofreu algum tipo de fratura ou problemas ósseos: ( ) sim ( ) não
Especifique_____
_____

9. Mencione qualquer doença séria e/ou internação hospitalar (há quanto tempo e quais as condições). _____
_____

10. Hipertensão Arterial: ( ) sim ( ) não
Faz tratamento médico: ( ) sim ( ) não
Especifique tratamento e medicação:_____
_____

11. Diabetes Mellitus: ( )sim( ) não
Faz tratamento médico: ( ) sim ( ) não
Especifique tratamento e medicação:_____
_____

12. Atualmente encontra-se em tratamento médico: ( ) sim( ) não
Especifique:_____
_____

DATA: ___/___/___

_____
Assinatura

8.4. Escala Fatorial de Autoconceito

Instruções:

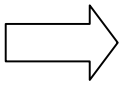
Cada ser humano tem algo de original, assim cada um tem uma percepção diferente de si mesmo.

Este é um questionário destinado a verificar a percepção que você tem de si mesmo. Nas páginas seguintes você encontrará uma série de atributos bipolares, colocados nos extremos de uma escala de 7 pontos, que você deverá empregar para se descrever.

Exemplo: violento(a) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 pacífico(a)

Os números da escala significam o seguinte:

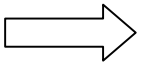
1= se aplica muito

2= se aplica bastante  a violento

3= se aplica pouco

4= os dois extremos da escala se aplicam igualmente

5= se aplica pouco

6= se aplica bastante  a pacífico

7= se aplica muito

Faça um círculo em torno do número que expressa melhor a percepção que você tem de si mesmo.

Exemplo: desordenado 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 sistemático

Isso significa que você se considera muito sistemático

OBSERVAÇÕES

- procure dar uma resposta para cada atributo, e só uma;
- responda sinceramente, porém sem pensar demais. A primeira resposta que vem a sua cabeça é sempre a melhor;
- não passe para a página seguinte antes de terminar a que você já começou, nem volte a consultar as páginas já respondidas;
- as suas respostas ficarão em sigilo.

1 –analisando a segurança pessoal e a confiança em si mesmo:

Inseguro(a)	1	2	3	4	5	6	7	Seguro(a)
Vacilante	1	2	3	4	5	6	7	Firme
Indeciso(a)	1	2	3	4	5	6	7	Decidido(a)
Complexado(a)	1	2	3	4	5	6	7	Seguro(a)
Frágil	1	2	3	4	5	6	7	Forte
Instável	1	2	3	4	5	6	7	Estável
Frustrado(a)	1	2	3	4	5	6	7	Realizado(a)
Dominado(a)	1	2	3	4	5	6	7	Dominante
Covarde	1	2	3	4	5	6	7	Corajoso(a)
Volúvel	1	2	3	4	5	6	7	Estável
Medroso(a)	1	2	3	4	5	6	7	Aventureiro
Tenso(a)	1	2	3	4	5	6	7	Descontraído
Inconstante	1	2	3	4	5	6	7	Constante
Preocupado(a)	1	2	3	4	5	6	7	Tranqüilo(a)
Descontrolado(a)	1	2	3	4	5	6	7	Controlado(a)
Passivo(a)	1	2	3	4	5	6	7	Ativo(a)

2 – analisando o autocontrole:

Anárquico(a)	1	2	3	4	5	6	7	Organizado(a)
Desligado(a)	1	2	3	4	5	6	7	Ligado(a)
Desorganizado(a)	1	2	3	4	5	6	7	Organizado(a)
Distraído(a)	1	2	3	4	5	6	7	Atento(a)
Desordenado(a)	1	2	3	4	5	6	7	Sistemático(a)
Desatento(a)	1	2	3	4	5	6	7	Atento(a)
Descuidado(a)	1	2	3	4	5	6	7	Cuidadoso(a)
Indisciplinado(a)	1	2	3	4	5	6	7	Disciplinado(a)
Irresponsável	1	2	3	4	5	6	7	Responsável
Preguiçoso(a)	1	2	3	4	5	6	7	Trabalhador
Imprudente	1	2	3	4	5	6	7	Prudente
Esquecido(a)	1	2	3	4	5	6	7	Lembrado(a)
Desinteressado(a)	1	2	3	4	5	6	7	Interessado(a)
Instável	1	2	3	4	5	6	7	Estável
Vacilante	1	2	3	4	5	6	7	Firme
Inconstante	1	2	3	4	5	6	7	Constante
Desajeitado(a)	1	2	3	4	5	6	7	Habilidoso(a)

3 – analisando “a atitude do sujeito com respeito aos outros e aos valores dos outros, a autopercepção sobre a sua maneira geral de interagir com os outros”:

Briguento(a)	1	2	3	4	5	6	7	Pacífico(a)

Agressivo(a)	1	2	3	4	5	6	7	Gentil
Impaciente	1	2	3	4	5	6	7	Paciente
Bravo(a)	1	2	3	4	5	6	7	Manso(a)
Nervoso(a)	1	2	3	4	5	6	7	Calmo(a)
Brusco(a)	1	2	3	4	5	6	7	Delicado(a)
Rebelde	1	2	3	4	5	6	7	Dócil
Vingativo(a)	1	2	3	4	5	6	7	Pacífico(a)
Intolerante	1	2	3	4	5	6	7	Tolerante
Extremista	1	2	3	4	5	6	7	Moderado(a)
Preocupado(a)	1	2	3	4	5	6	7	Tranqüilo(a)
Descontrolado(a)	1	2	3	4	5	6	7	Controlado(a)

4 – analisando os traços que facilitam ou dificultam o relacionamento social, expressando valores que determinam a receptividade social.

Retraído(a)	1	2	3	4	5	6	7	Expansivo(a)
Introvertido(a)	1	2	3	4	5	6	7	Extrovertido(a)
Fechado(a)	1	2	3	4	5	6	7	Aberto(a)
Inibido(a)	1	2	3	4	5	6	7	Desinibido(a)
Impopular	1	2	3	4	5	6	7	Popular
Desentrosado(a)	1	2	3	4	5	6	7	Entrosado(a)
Tímido(a)	1	2	3	4	5	6	7	Audaz
Solitário(a)	1	2	3	4	5	6	7	Social
Enfadonho(a)	1	2	3	4	5	6	7	Divertido(a)
Insociável	1	2	3	4	5	6	7	Sociável
Triste	1	2	3	4	5	6	7	Alegre
Antipático(a)	1	2	3	4	5	6	7	Simpático(a)
Passivo(a)	1	2	3	4	5	6	7	Ativo(a)
Frio(a)	1	2	3	4	5	6	7	Sensual
Tenso(a)	1	2	3	4	5	6	7	Descontraído(a)
Inseguro(a)	1	2	3	4	5	6	7	Seguro(a)
Complexado(a)	1	2	3	4	5	6	7	Seguro(a)
Lento(a)	1	2	3	4	5	6	7	Ágil
Indeciso(a)	1	2	3	4	5	6	7	Decidido(a)
Deforme	1	2	3	4	5	6	7	Sexy
Indesejado(a)	1	2	3	4	5	6	7	Desejado(a)
Frustrado(a)	1	2	3	4	5	6	7	Realizado(a)

5 – analisando os fatores ético-moral do indivíduo:

Desleal	1	2	3	4	5	6	7	Leal
Desonesto(a)	1	2	3	4	5	6	7	Honesto(a)
Traidor(a)	1	2	3	4	5	6	7	Fiel
Mentiroso(a)	1	2	3	4	5	6	7	Sincero(a)
Infiel	1	2	3	4	5	6	7	Fiel
Falso(a)	1	2	3	4	5	6	7	Franco(a)
Imprudente	1	2	3	4	5	6	7	Prudente
Injusto(a)	1	2	3	4	5	6	7	Justo(a)
Inautêntico(a)	1	2	3	4	5	6	7	Autêntico(a)
Irresponsável	1	2	3	4	5	6	7	Responsável
Maldoso(a)	1	2	3	4	5	6	7	Bondoso(a)
Indisciplinado(a)	1	2	3	4	5	6	7	Disciplinado(a)
Insensível	1	2	3	4	5	6	7	Sentimental
Hostil	1	2	3	4	5	6	7	Amigo(a)
Desrespeitador(a)	1	2	3	4	5	6	7	Respeitador(a)
Desinteressado(a)	1	2	3	4	5	6	7	Interessado(a)
Descortês	1	2	3	4	5	6	7	Cortês
Detestado(a)	1	2	3	4	5	6	7	Amado(a)

6 – analisando a compreensão dos aspectos físicos, ou seja, aparência física:

Desgracioso(a)	1	2	3	4	5	6	7	Esbelto(a)
Deselegante	1	2	3	4	5	6	7	Elegante
Deforme	1	2	3	4	5	6	7	Sexy
Desarrumado(a)	1	2	3	4	5	6	7	Arrumado(a)
Descuidado(a)	1	2	3	4	5	6	7	Alinhado(a)
Feio(a)	1	2	3	4	5	6	7	Lindo(a)
Escasso(a)	1	2	3	4	5	6	7	Exuberante
Repelente	1	2	3	4	5	6	7	Atraente
Frio(a)	1	2	3	4	5	6	7	Sensual
Detestado(a)	1	2	3	4	5	6	7	Amado(a)
Antipático(a)	1	2	3	4	5	6	7	Simpático(a)
Indesejado(a)	1	2	3	4	5	6	7	Desejado(a)
Desagradável	1	2	3	4	5	6	7	Agradável

8.5. SF-36 : Questionário de Qualidade de Vida

INSTRUÇÕES: esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que você puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)

Excelente.....1

Muito boa.....2

Boa.....3

Ruim.....4

Muito ruim.....5

2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral agora?

Muito melhor agora do que há um ano atrás.....1

Um pouco melhor agora do que há um ano atrás.....2

Quase a mesma de um ano atrás.....3

Um pouco pior agora do que há um ano atrás.....4

Muito pior agora do que há um ano atrás.....5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto? circule um número em cada linha).

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
A. atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esporte 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 mantimento	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 o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como conseqüência de sua saúde física? (circule um em cada linha).

Problemas	Sim	Não
A. você diminuiu 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 em 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 o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como conseqüência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)? (circule um em cada linha).

Problemas	Sim	Não
A. você diminuiu 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 trabalhou ou não 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 a família, vizinhos, amigos ou em grupo? (circule uma).

De forma nenhuma.....1

Ligeiramente.....2

Moderadamente.....3

Bastante.....4

Extremamente.....5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas? (circule uma)

Nenhuma.....1

Muito leve.....2

Leve.....3

Moderada.....4

Grave.....5

Muito grave.....6

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

De maneira nenhuma.....1

Um pouco.....2

Moderadamente.....3

Bastante.....4

Extremamente 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 da maneira como você se sente. Em relação as 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 sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
B. quanto tempo você tem se sentido uma pessoa 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 tranqüilo?	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 e 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 do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.) ? (circule uma).

Todo o tempo.....1

A maior parte do tempo.....2

Alguma parte do tempo.....3

Uma pequena parte do tempo.....4

Nenhuma parte do tempo.....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 falsa	Definitivamente falsa
A. eu costumo adoecer 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. a minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

8.6. Percepção Atual entre Qualidade de Vida e Atividade Física

"De que forma você percebe a relação entre sua Qualidade de Vida e a prática regular e prolongada de atividade física **no seu atual processo de desenvolvimento nessa fase da sua vida**?"

Nenhuma relação				Muita relação
1	2	3	4	5