



Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Programa de Estudos Pós-Graduação

Anderson Pedroso Barbosa

**ÁREA RURAL E URBANA: Estudo sobre Qualidade de Vida e
Nível de Atividade Física de Idosos de Pimenta Bueno – RO.**

Mestrado em Gerontologia

ANDERSON PEDROSO BARBOSA

**ÁREA RURAL E URBANA: Estudo sobre Qualidade de Vida e
Nível de Atividade Física de Idosos de Pimenta Bueno – RO.**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora Pontifícia
Universidade Católica de São Paulo, como exigência para
obtenção de título de Mestre em Gerontologia sob a
orientação da Prof. Dr. Maria Helena Villas Boas Concone.

São Paulo – 2013

Banca Examinadora:

1- _____

2- _____

3- _____

AGRADECIMENTO.

Aos meus pais Valmir Aparecido Barbosa e Tereza Regina Pedroso, a minha avó Benedita Barbosa, e meus irmãos Angélica Pedroso Barbosa e André Vinicius Pedroso Barbosa, que são à base da minha existência, a Naiane Teixeira que iniciou comigo esse sonho e aos meus amigos que sempre me incentivaram.

Ao Programa de Estudos Pós Graduated em Gerontologia da PUC-SP, e seus docentes e discentes, em especial a minha Orientadora Maria Helena Villas Boas Concione, por me conduzirem nesse difícil, mas prazeroso caminho do conhecimento.

Ao Estado de Rondônia e principalmente a cidade de Pimenta Bueno, por acolher de braços abertos minha pesquisa.

Aos estabelecimentos que me auxiliaram nos levantamentos dos Idosos. A minha amiga Renata Zanette, que não mediu esforços para me auxiliar na coleta dos dados, nos momentos em que eu estava em São Paulo.

À CAPES, pela bolsa que possibilitou a realização deste Mestrado.

Muito Obrigado!

Dedicatória

Aos Idosos do município de Pimenta Bueno, em especial aos meus alunos da hidrogenástica que me incentivaram, com a ideia dessa pesquisa!

RESUMO

BARBOSA, Anderson Pedroso. *AREA RURAL E URBANA: Estudo sobre Qualidade de Vida e Nível de Atividade Física de Idosos de Pimenta Bueno – RO*. Dissertação (Mestrado em Gerontologia), Programa de Estudos Pós Graduated em Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

O Brasil é o quinto maior país do mundo em extensão e no seu território a maioria dos lugares são propícios para agricultura, por isso o país tem o campo como uma das suas principais rendas. Com aumento da tecnologia, entretanto, a quantidade da mão de obra da agricultura diminuiu, pois as máquinas fazem a maioria dos trabalhos dos agricultores; esse avanço tecnológico, fez com que o Brasil aumentasse e melhorasse a qualidade dos grãos produzidos em seu território. Os moradores da zona rural, principalmente idosos, em geral não acompanharam esses avanços, fazendo com que sua renda diminuísse e migrassem para zona urbana, em busca de melhores oportunidades financeiras e estruturais, como escolas, hospitais, lazer entre outras. Partindo deste princípio, este estudo objetivou saber, quais seriam os benefícios e os malefícios da migração do segmento idoso, para isso utilizamos dois questionários: WHOQOL – ABREVIADO capaz de verificar a qualidade de vida dos entrevistados, através de quatro domínios, que são: físico, psicológico, meio ambiente e relações sociais. O outro questionário utilizado foi o IPAQ – Versão Longa que tem como objetivo avaliar o nível de atividade física dos entrevistados, e dividi-las em atividades no trabalho, doméstica transporte e lazer. Para saber qual dos lugares seria o melhor para se viver, garantindo melhor qualidade de vida foram entrevistados 40 idosos, sendo 20 moradores da zona rural

e 20 moradores da zona urbana, para a localização dos idosos foi solicitado, ajuda da secretária de assistente social de Pimenta - Bueno – RO, município da pesquisa. A formação do grupo de entrevistados foi aleatória.

Palavras-Chave: Zona Rural, Zona Urbana, Qualidade de Vida, nível de Atividade Física e Idosos.

ABSTRACT

BARBOSA, Anderson Pedroso. *AREA RURAL E URBANA: Estudo sobre Qualidade de Vida e Nível de Atividade Física de Idosos de Pimenta Bueno – RO*. Dissertação (Mestrado em Gerontologia), Programa de Estudos Pós Graduated em Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

Brazil is the fifth largest country in the world in extension and in its territory most places are conducive to agriculture, so the country has the field as one of its main income. With increased technology, however, the amount of labor from agriculture declined because the machines do most of the work of farmers, this technological advancement has made Brazil the increase and improve the quality of the grain produced in its territory. The residents of rural areas, especially elderly generally not accompanied these advances, making their income decrease and migrate to urban areas in search of better financial opportunities and structural, such as schools, hospitals, leisure and others. Based on this principle, this study aimed to know, what are the benefits and harms of migration of the elderly segment, for it used two questionnaires: WHOQOL - BRIEF able to verify the quality of life of respondents across four domains, which are: physical , psychological, environmental and social relations. The other questionnaire was the IPAQ - Long Version which aims to assess the level of physical activity of respondents, and divide them into work activities, domestic transportation and leisure. To know which would be the best places to live, ensuring better quality of life were interviewed 40 individuals, 20 of rural residents and 20 residents of the urban area to the location of the elderly was

requested, help desk assistant social pepper - Bueno - RO, municipality of research.

The formation of the group of respondents was random.

Keywords: Rural Area, Urban Area, Quality of Life, level of physical activity and Seniors.

LISTA DE TABELAS.

Tabela 1: Características Sócias Demográficas da amostra estudada..... 37

**Tabela 2: Avaliação da qualidade de vida pelos domínios da WHOQOL bref
(escala de 0 a 100) entre os indivíduos da área rural e urbana..... 45**

**Tabela 3: Total de atividade física mensurada de acordo com as categorias do
Ipaq, entre as áreas rural e urbana..... 47**

**Tabela 4: Classificação do tipo de atividade por domínio do Ipaq versão
longa.....49**

LISTA DE GRÁFICOS.

Gráfico 1: Idade dos indivíduos nas áreas rural e urbana..... 38

Gráfico 2: Domínios do WHOQOL Bref nas áreas rural e urbana..... 46

Gráfico 3: Correlação entre o total de atividade física pelas categorias do Ipaq e o escore de qualidade de vida total do WHOQOL-bref entre as áreas..... 51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.

OMS: Organização Mundial de Saúde.

WOQHOL – ABREVIADO: Questionário Qualidade de Vida.

IPAQ: Questionário Qualidade de Vida.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano.

RO: Rondônia.

SEMAST: Secretária de Municipal de Assistência Social e Trabalho.

EXPOPIP: Associação Rural de Pimenta Bueno.

EMATER: Associação de assistência Técnica e Extensão Rural de Rondônia.

AVC: Acidente Vascular Cerebral

SUMÁRIO.

Introdução.....	15
Capítulo 1: Idosos e o Processo de Envelhecimento.....	19
Capítulo 2: Qualidade de Vida, Definições e Conceitos.....	25
Capítulo 3: Atividade Física e seus Benefícios no Processo de Envelhecimento....	26
Capítulo 4: O Cenário da Pesquisa.....	35
Características: Estado de Rondônia e do município de Pimenta Bueno local da pesquisa.....	36
Proposta de Trabalho.....	38
Os Entrevistados.....	39
Características da Amostra.....	40
Materiais.....	41
Métodos.....	42
Procedimentos.....	43
Capítulo 5: Análises e Resultados da Pesquisa.....	44
Whoqol – Abreviado.....	45
Ipaq – versão longa.....	45
Análise Estatística.....	46
Resultados.....	47
Qualidade de Vida – WHOQOL <i>Bref</i>	47
Atividade Física – Ipaq versão longa.....	48
Qualidade de Vida e Atividade Física.....	53

Capítulo 6: Discussão dos Resultados e Considerações Finais.....	55
Relatos dos entrevistados.....	59
Considerações Finais.....	62
Bibliografia:.....	64
Anexo:.....	69
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	70
Questionário de Qualidade de Vida Whoqol – Abreviado.....	72
Questionário de Nivel de Atividade Física Ipaq – versão longa.....	86

Introdução.

É sabido que o número de idosos aumenta no Brasil e no mundo, porém, a população e autoridades não acompanham esse crescimento, principalmente, quanto as suas consequências e significados econômicos, sociais e de saúde. No que diz respeito ao comportamento de idosos contemporâneos, pode-se dizer que hoje os encontramos frequentando locais onde em passado recente não eram tão comuns: em academias, clubes de dança, hotéis fazenda entre outros. Esses novos costumes dependem em grande parte da divulgação da importância da saúde física e saúde mental para a qualidade de vida e para o bom envelhecimento. Infelizmente estes novos hábitos não são todos os idosos que têm, mas viver mais é o desejo da maioria das pessoas, porém, a longevidade sem qualidade pode resultar em uma velhice marcada por incapacidades e dependência. A luta é então conseguir uma maior sobrevida com uma melhor qualidade e pesquisas indicam a importância das atividades física para atingir esses objetivos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) diz que o Envelhecimento Ativo é o caminho para a saúde e segurança das pessoas que envelhecem mas, para que o envelhecimento ativo seja eficaz a ponto de trazer benefícios devemos analisar o meio em que as pessoas envelhecem e verificar o acesso aos serviços de saúde e de assistência social, ambiente físico, determinantes comportamentais, sociais, pessoais e econômicos (WHO,2012).

Um dos problemas mais comuns entre os idosos é a diminuição da capacidade funcional. Segundo Nahas a incapacidade funcional ocorre em grande parte pelo desuso ou hipocinesia, podendo ser compensada pela prática regular de exercícios ou pela adoção de um estilo de vida mais ativo (NAHAS, 2010). Os benefícios das atividades físicas retardam/evitam efeitos deletérios do envelhecimento, preservando a autonomia da pessoa. No entendimento dos profissionais,

principalmente da área de Educadores Físicos, a definição de atividade física é a seguinte: “qualquer movimento feito pelo corpo através da contração de grupos musculares que proporcione algum gasto calórico”. Considerando essa definição, percebemos que não precisamos estar em lugares adequados ou “especializados” - como academias ou centros esportivos – para ter bom nível de atividade física, entretanto, como demonstra Nahas, são inúmeros os benefícios, desde musculares e articulares até psicológicos, que a atividade física proporciona às pessoas. Não podemos deixar de ressaltar que toda a atividade física intencionalmente realizada para preencher esta recomendação deve ser orientada por um profissional habilitado, pois ele saberá avaliar o volume e a intensidade dos movimentos.

Ao utilizar o mesmo instrumento (Whoqol – bref), proposto pelo atual trabalho, um estudo feito por Chaim e seus colaboradores, compararam a qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física com a de idosos não praticantes de atividade física (sedentários), totalizando 31 idosos. Ao dividirem o instrumento pelos seus domínios, físico, ambiental, social e psicológico, verificou-se que os domínios em que o grupo praticante de atividade física obteve maiores pontuações foram nos domínios ambiental e social, quando comparados ao grupo não praticante de atividade física. Ao analisar os resultados totais de sua pesquisa os autores, verificaram que os idosos praticantes de atividade física têm melhor Qualidade de vida que os não praticantes (CHAIM *et al*,2010).

O anseio pela longevidade acarreta várias mudanças comportamentais, iniciando uma nova busca para viver mais e com qualidade. O entendimento sobre o que é e como ter “qualidade de vida” é muito amplo, e neste sentido deve-se considerar a cultura e o estilo de vida de quem envelhece e do seu contexto. Para Neri, “qualidade de vida na velhice é: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, status social, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos” (NERI, 1993).

Observamos que qualidade de vida é um conceito complexo que diz respeito a todas as esferas: social, cultural, política, educacional e de saúde. A definição de Neri, citado anteriormente justifica a

nossa afirmação quanto à amplitude e complexidade da realidade recoberta pelo conceito, pois ele é amplo e passível de controvérsia.

Quem mora em uma cidade pequena, tem facilidade de perceber as diferenças entre as pessoas que vivem na zona rural e zona urbana, já que a convivência é com ambos. Sabendo disso e no caso desta pesquisa o que mais nos chamou atenção nessas diferenças foram: o ritmo de trabalho, acessibilidade aos diversos setores de serviços como hospitais, bancos etc. A partir dessa constatação o presente estudo, teve como objetivo buscar conhecer a qualidade de vida e o nível de atividade física dos moradores idosos da zona rural e os da zona urbana, do município de Pimenta Bueno – RO. Tomamos no contexto Urbano, pessoas que residem na cidade e no contexto Rural: pessoas que residem no campo. Correlacionamos às pratica de atividade física dia a dia, entre moradores da zona rural e zona urbana. Separamos a qualidade de vida nos domínios considerados, tanto para moradores da zona rural quanto da zona urbana e os correlacionamos, pudemos mostrar assim quais dos locais trazem maiores benefícios dentro de cada domínio. Para isso foram aplicados os instrumentos woqhol – Abreviado, validado sobre a qualidade de vida e Ipaq validado sobre nível de atividade física, em pessoas com idade acima de 60 anos, moradores da zona rural e zona urbana do município de Pimenta Bueno / RO.

O presente estudo está subdividido em seis Capítulos, sendo que os três primeiros versam sobre os conhecimentos teóricos da pesquisa, e os três restantes mostram o cenário e os resultados da Pesquisa, essa subdivisão tem como objetivo dar mais clareza para os leitores.

No primeiro capítulo: *Idosos e Processo de envelhecimento*, apresentamos discussões de como o idoso está envelhecendo; quais são os grandes desafios da sociedade para melhor lidar com o aumento do número dos idosos; como o governo está acompanhando esse crescimento; como seria o ``bom envelhecimento`` e como alcança-lo.

No segundo capítulo: *Qualidade de Vida, definições e conceitos*, apresentamos como o termo qualidade de vida está sendo discutido no cenário mundial; as esferas necessárias para ter uma boa qualidade de vida e as diferentes opiniões de como definir uma boa qualidade de vida.

No terceiro capítulo: *Atividade Física e seus Benefícios no Processo de Envelhecimento*, explicaremos o que é atividade física; quais são os benefícios da prática da atividade física para os idosos; o que ocorre negativamente com o corpo no processo de envelhecimento e quais são os exercícios físicos mais praticados pelos idosos.

No quarto capítulo: *O Cenário da Pesquisa*, mostramos características do Estado de Rondônia e do Município de Pimenta Bueno; apresentamos a sua zona rural e as mudanças nela ocorridas nos últimos anos; apontamos como foi constituída a população do estudo; quais as características da amostra estudada; os procedimentos e os métodos para aplicar os questionários.

No quinto e sexto capítulos: *Análises e Resultados da Pesquisa, Discussão dos resultados e Considerações finais*, apresentamos como foram constituídos os questionários e suas classificações; descrevemos como foram feitos as análises estatísticas, apresentamos os resultados, tabelas e gráficos para finalizar transcrevemos alguns relatos dos entrevistados.

Capítulo 1

Idosos e o Processo de Envelhecimento.

Neste capítulo apresentaremos de modo geral a visão e a perspectiva de uma série de estudiosos que tratam do Idoso e do processo de envelhecimento.

Em 2008, a população idosa (60 anos ou mais) brasileira estava estimada em 21 milhões; em números absolutos o Brasil já supera países europeus, que têm em sua população um grande percentual de pessoas idosas, como a Inglaterra, a Itália e a França, segundo a Síntese de Indicadores Sociais, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (IBGE,2011). Ainda segundo as estatísticas do IBGE, 4,9 % da população Brasileira tem mais de 70 anos o que em números absolutos corresponde por 9,4 milhões de pessoas. Almeida ao observar as condições em que se encontram os idosos brasileiros, percebe que infelizmente estamos longe do chamado ideal. A velocidade do aumento do envelhecimento populacional responde, em parte, pela maior visibilidade da velhice; a maior participação dos idosos na população total quer em termos absolutos quer em termos relativos, mostra que o aumento tem contribuído não só para incremento de pesquisas na área, como para desenvolvimento de ações orientadas pelo princípio maior de conferir/garantir dignidade à vida daqueles que envelhecem, tarefa nada fácil se pensada a partir dos incontáveis problemas que cercam a vida de milhões de brasileiros (ALMEIDA, 2005).

Segundo Kachar a preocupação atual na sociedade é o envelhecimento. Os desenvolvimentos; socioeconômico-cultural e também tecnológico aumentam a longevidade, criando condições de qualidade de sobrevida (KACHAR, 2003).

Chaimowicz aponta que:

“O processo de envelhecimento, que nos países desenvolvidos ocorreu de forma gradual, acompanhado de melhorias na cobertura do sistema de saúde, nas condições de habitação, saneamento básico, trabalho e alimentação, no Brasil ocorre rapidamente e num contexto de desigualdades sociais, economia frágil, crescentes níveis de pobreza, com precário acesso aos serviços de saúde e

reduzidos recursos financeiros. Sem as modificações estruturais que respondam às demandas do novo grupo etário emergente ” (CHAIMOWICZ, 1997).

Yuaso e Netto acentuam a dificuldade da generalização absoluta da velhice e os aspectos que permitem pensá-la de modo plural. Eles apontam que, no ciclo da vida a etapa conhecida como velhice tem como característica o fato de ser multifacetada e extremamente dependente de diversos fatores corresponsáveis pelo processo de envelhecimento. Pontualmente, podemos afirmar que a pessoa idosa é caracterizada pela vulnerabilidade graças ao aumento da suscetibilidade física e emocional, quando comparada à pessoa jovem e aos fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos e culturais. A predominância de um ou mais fatores transforma a velhice em um fenômeno individualizável; isto é, se pontualmente – considerando apenas um fator (biológico ou cronológico) é possível generalizar as características atribuídas à velhice (singular), a realidade mostra velhices (plural ou pluralidade de modo de envelhecer e de apresentar a velhice) (YUASO e NETTO, 2009). Como bem pontuam os autores, devido ao aumento do número de idosos vários setores da sociedade estão tendo que adaptar-se a mudanças.

Cerca de 10 anos atrás pesquisadores já acentuam a dimensão da atenção à saúde afirmando que por mais trabalho que se possa ter para evitar mudanças negativas, a esfera da saúde, dentre todas as esferas sociais é a que sofre maior impacto com o aumento da população idosa, devido aos vários níveis assistenciais sob sua responsabilidade e por ter que aumentar a oferta dado que haverá demanda por maiores recursos e estruturas (COTTA *et all*, 2002). Em uma revisão feita por Gallon e Gomes, destacou-se o processo de envelhecimento nas institucionalizações e os efeitos do exercício físico nesses locais; para as autoras, o envelhecimento é mais uma parte do ciclo vital, sendo que é nesse período que ocorre a diminuição das funções orgânicas, prejudicando a saúde, as finanças e a vida social. A conclusão desse estudo foi que o exercício físico é importante na redução das limitações e das incapacidades dos idosos institucionalizados, e através do exercício pode-se promover maior

independência nos afazeres da vida diária, aumento da autoestima, e conseqüentemente uma boa qualidade de vida (GALLON e GOMES, 2011).

Segundo Totorá, o velho é visto pela sociedade atual, como um indivíduo que carrega todo o peso de valores negativos. Sendo assim, envelhecer é sentido como perda, privação. Faz-se como se o tempo fosse o responsável por tudo e que na sua passagem linear o tempo se escasseie, esvaia-se e a morte torna-se mais próxima, o corpo, suscetível às doenças transforma-se em um fardo difícil de carregar (TOTORA, 2006). Tomando a linha do “esgotamento”, Nahas diz: para se ter um envelhecimento satisfatório é necessário incluir diversos segmentos: “saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica”. O mesmo pesquisador ressalta que quando ocorre a redução ou perda das funcionalidades e tem-se como consequência a diminuição da qualidade de vida; tais fatos podem ser vistos como algo que acompanha o envelhecimento sendo diagnosticados por três fatores: o envelhecimento natural, as doenças e o fenômeno do desuso (inatividade) (NAHAS, 2010). Nesse sentido Brandão e Mercadante, apontam que em termos biológicos o envelhecimento faz parte do processo ligado ao ciclo vital, no qual são consideradas como “normais” e “esperadas”, as alterações e perdas físicas, psicológicas e sociais, ligadas a passagem do tempo marcado por datas do calendário (BRANDÃO e MERCADANTE, 2009). Tal perspectiva pode ser vista como redutora dado que leva em conta apenas um aspecto do quadro geral. Mercadante diz também que a forma de ver o velho através das características físicas e biológicas faz com que sua identidade, assuma algo que impostamente passa a definir o indivíduo (idoso) de maneira uniforme. A autora através da sua reflexão nos mostra que a nomeação de “velho” elaborada por muito tempo já se tornou tão entranhada culturalmente, que sua identidade não possui algo seu, mas sim de um estereótipo universal (MERCADANTE, 1997).

Ultrapassando uma perspectiva calcada apenas nas dimensões biológica e temporal, acreditamos que a ênfase na capacidade funcional pode nos oferecer um paradigma interessante. Assim um paradigma de saúde a ser estudado é o nível da capacidade funcional, que tem uma

relevância maior quando aplicada à população idosa. Fillenbaum diz que a funcionalidade do indivíduo, (capacidade funcional) pode ser comprometida por vários motivos, podendo ser únicos ou em conjunto; para o autor os motivos podem ser: a perda de um parente querido, a falência econômica, uma doença incapacitante, um distúrbio mental, um acidente (FILLENBAUM, 1984). Nessa linha, um estudo liderado por Ramos pontua que para a velhice bem sucedida na saúde ou num contexto amplo, o ideal seria a busca do equilíbrio de todos os fatores que envolvem o envelhecimento principalmente na funcionalidade do idoso e para que isso ocorra não necessariamente precisa estar sem nenhum problema. Até mesmo porque na grande maioria dos idosos portadores de pelo menos uma doença crônica, nem todos ficam limitados por essa doença e muitos levam vida perfeitamente normal, com as suas enfermidades controladas e expressando satisfação na vida (RAMOS *et all*, 1993). Para ser considerado saudável, o idoso então não necessariamente precisa estar ausente de doenças crônicas, mas apenas estar com elas controladas evitando sequelas, ao contrário de idosos que por algum motivo não consigam controlar suas doenças. Com isso, a OMS (WHO, 2012) demonstra o erro de conduta ao reconhecer que um idoso sadio ou qualquer outra pessoa é aquele que está ausente de doenças, pois é incomum idosos que não mostrem alguma doença, por outro lado o prazer da vida e a vontade de estar bem está além de um diagnóstico que aponte a existência de alguma doença.

Nahas pontuando que o número de idosos no Brasil, assim como na maioria dos países, vem aumentando, afirma que de alguma forma devemos procurar maneiras de melhorar o envelhecimento para que se torne mais saudável. Se as pessoas viverem mais, é necessário que vivam com qualidade. Para o idoso ter melhor entendimento, devemos criar maneiras que aumentem a participação deles na comunidade, e assim favorecer para relações pessoais, vida ativa e saudável. Dando continuidade no pensamento de Nahas, diversos fatores contribuem para quantidade e a qualidade de anos que se vive, incluindo fatores “genéticos, ambientais e comportamentais”. O envelhecimento sempre foi uma questão a ser estudada, tendo sido abordado por historiadores, filósofos e cientistas de vários campos. O envelhecimento é algo concreto, mas a forma como ele acontece difere, pois, suas condições e seus

ritmos são bastante diversos. Alguns envelhecem com mais qualidade de vida e vivem mais servindo de modelo para geriatras e gerontólogos, que buscam entender as causas e fatores associados a este processo (NAHAS, 2010).

Capítulo 2

Qualidade de Vida, Definições e Conceitos.

Neste capítulo apresentamos os esforços de alguns pesquisadores que buscam definir e/ou melhorar o conceito de qualidade de vida.

O estudo Envelhecimento ou Longevidade, relembra que se dizia ser o Brasil “país do futuro”, entretanto, esse futuro já é um passado que traz como herança uma série de questões socioeconômicas e políticas não solucionadas que se refletem, de modo claro e preocupante, no tratamento e nas expectativas da qualidade de vida dos cidadãos brasileiros, especialmente dos que estão em processo de envelhecimento (BRANDÃO e MERCADANTE, 2009). Um estudo feito por Rocha e seus colaboradores, diz que o termo qualidade de vida é usado de modo praticamente universal, e discutido tanto no Brasil quanto no Mundo, mas não deve ser confundido ou trocado por situações de vida, estilo de vida ou condições de vida. Segundo Rocha, apesar das intensas discussões sobre o assunto, a definição de qualidade de vida ainda não é uniforme, por isso devemos analisar bem a forma de sua avaliação. Para o melhor entendimento do que se entende por Qualidade de Vida, deve-se considerar o estado de saúde e três diferentes segmentos: função física, saúde mental e função social. Para o estado de saúde, o fator mais importante é a função física. Para a qualidade de vida torna-se importante também a saúde mental e o bem-estar psicológico e social (ROCHA *et al*, 2000). Apesar das dificuldades de conceituar e apontar as características que definem uma boa qualidade de vida, pesquisadores consideram o conceito de qualidade de vida importante para os estudos contemporâneos, uma vez que aspectos não relacionados ao estado de saúde são incluídos na sua avaliação (MINAYO *et al*, 2000). Estes esforços de refinamento do conceito podem ser vistos na própria definição da OMS que considera como qualidade de vida “a própria análise de posição na vida, no contexto cultural e definição de valores do que ele está vivendo com seus objetivos, expectativas e preocupações”(FLECK, *et al* 2000).

Ao debater Qualidade de vida, Ruffino diz que para que se possa ter uma boa ou excelente qualidade de vida o indivíduo tem que dar continuidade ao desenvolvimento de suas potencialidades buscando sempre preencher suas necessidades amorosas, e de trabalho, estudando, vivendo, até

mesmo sorrindo, ou “simplesmente existindo”. O grande equilíbrio dos seres vivos é a eterna busca da realização (RUFFINO, 1992). Ao contrário da visão citada acima, para muitos, como se pode ver na retomada de perspectivas que apresentamos, a qualidade de vida está mais ligada, ao fator saúde. Pensando assim, Paim considera que por mais que se queira encontrar definições atraentes deste conceito, “devemos ser mais objetivos em relação à existência”, pois a saúde irá correlacionar particularmente a vida biológica, social e cultural (PAIM, 1986). Um dos fatores que determinam a qualidade de vida do idoso é a independência física, a dependência impede ou dificulta o idoso de fazer atividades diárias, o que pode leva-lo em consequência a varias doenças como: neurológica, fraturas, cardiovasculares, lesões entre outras (MATSUDO *et all*, 2002).

Ainda com Minayo, vimos que o entendimento do que é qualidade de vida está sendo discutido de forma relativa em torno principalmente de dois ângulos: “modo de vida, suas condições e estilos e de outro, incluindo ideias sobre o desenvolvimento sustentável e sobre os direitos humanos e sociais”. Estas noções se unem em uma resultante social de construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece como referência (MINAYO *et all*, 2000). Os autores Seidl e Zannon, deixam bem claro que a melhor forma de analisar a qualidade de vida, é através do sujeito de forma multidimensional; para isso acontecer caberia às políticas publicas ter uma melhor visão sobre como melhorar o desenvolvimento da sociedade. Dessa perspectiva, a qualidade de vida passou a ser um indicador da eficácia e do impacto de determinados tratamentos, da comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde, do impacto físico e psicossocial das enfermidades e da produção de conhecimentos decorrentes dos esforços de integração e intercâmbio entre profissionais e pesquisadores do tema (SEIDL e ZANNON, 2004).

Vimos como é difícil conceituar qualidade de vida, e, por conseguinte também a sua medida, já que ela pode sofrer influência de valores culturais, éticos e religiosos, bem como de valores e percepções pessoais (GAÍVA, 1998). Quanto a isso Hörnquist destaca o amplo campo da subjetividade que está contido no conceito de qualidade de vida; essa tendência de valores ou opiniões diversas

duelam entre si, fazendo com que o conceito se torne muito complexo, e a sua avaliação contenha um olhar subjetivo (HÖRNQUIST, 1990).

Não obstante essa dificuldade intrínseca ao uso do conceito de “qualidade de vida” queremos acreditar que há alternativas importantes a serem consideradas. Brandão e Mercadante dizem que ao se verificar como está vivendo o idoso abre se um leque de oportunidades; consideram que depois de levantar dados sobre o assunto do envelhecimento podemos intervir com importantes alternativas de intervenções, como indicam os estudos de geriatria, gerontologia, políticas sociais entre outras, e com isso melhorar a vida dos estudados evitando viverem em condições adversas (BRANDÃO e MERCADANTE, 2009).

Capítulo 3**Atividade Física e seus Benefícios no Processo de Envelhecimento.**

O capítulo, *Atividade física e seus Benefícios no Processo de Envelhecimento*, segue o mesmo procedimento dos anteriores, assim apresentaremos os estudos que tem como foco a noção de Atividade física principalmente aplicada ao envelhecimento.

Considera-se que para o idoso ter uma boa qualidade de vida a prática da atividade física é muito importante. Mas, para a escolha do tipo de exercício se deve observar a vontade do idoso. Para ser feita uma boa escolha deve-se considerar dois fatores. Primeiro o idoso e o profissional que o atender, precisam ter consciência de qual a capacidade de executar as atividades do dia-a-dia, como subir e descer escadas, abaixar-se, se locomover entre outros; Segundo: estar atento à relação entre a atividade escolhida e o desempenho do idoso no cotidiano, e ter como prioridade essas tarefas.

Num estudo feito na Inglaterra, Estados Unidos e Holanda com idosos do sexo masculino, que teve como objetivo verificar as suas principais atividades, observou-se que a caminhada foi uma das atividades mais realizadas, variando de 38% a 72%, seguida pela jardinagem, que foi prevalente entre 37% e 67%. Já atividades como correr, trotar, jogar tênis e golfe foram realizadas por menos que um em cada dez indivíduos (CASPERSEN. *et all*, 1994). Outro estudo com um grupo de trinta idosas com idade entre 60 e 87 anos, no estado do Ceara, realizado com o objetivo de verificar o nível de atividade física e autonomia funcional, os autores pesquisados observaram, que o nível de autonomia funcional e o nível de atividade física das idosas pesquisadas estava fraco, e concluindo-se que ambos os níveis estão ligados (ALENCAR *et all*, 2011).

O programa Agita São Paulo feito pela secretaria de saúde do Estado, que tem como intuito estimular a prática de atividades físicas, realizou uma avaliação diagnóstica no interior e na região metropolitana de São Paulo, tendo como foco verificar barreiras, facilitadores e o nível de conhecimento relativo à prática da atividade física; a pesquisa teve um total de 2.000 entrevistados maiores de 50 anos. De acordo com os dados encontrados pelos responsáveis do programa agita São Paulo “constatou-se que as barreiras mais frequentes para ambos os sexos em cidades pequenas do interior do estado foram: a) falta de equipamento; b) necessidade de repouso; c) falta de local; d) falta

de clima adequado; e e) falta de habilidade”. Ao analisarmos todas as barreiras citadas acima, e correlacionarmos com o modo de vida dos moradores da zona rural, e levarmos em consideração os novos conceitos relativos à promoção da atividade física, percebe-se que; para uma pessoa ser regularmente ativa não há necessidade de local, equipamentos ou até mesmo conhecimento sobre o assunto, e com isso os moradores da zona rural em tese praticam mais atividades física que os demais (MATSUDO *et all*, 2002).

A inatividade física, somada as mudanças fisiológicas do Idoso, geralmente levam a perda parcial ou total de suas capacidades físicas e psicológicas, isso ocorre através de perda de equilíbrio (ataxia), afetando a marcha e conseqüentemente, a diminuição da auto-estima (MATSUDO *et all*,2002). Lang e seus colaboradores apontam que a diminuição de funcionalidade está relacionada com a sarcopenia cuja principal definição é a diminuição da massa muscular e conseqüentemente a eliminação parcial ou total dos músculos esqueléticos, isso ocorre devido a um processo celular natural (LANG *et all*, 2010). Segundo Garcia, a sarcopenia (diminuição de massa muscular) associada ao envelhecimento, é mais frequente nas musculaturas de membros inferiores e tem como sequelas a diminuição das funções dos músculos: força potência e resistência. A diminuição de massa muscular resulta na maior possibilidade de queda, levando conseqüentemente a diminuição da mobilidade e à maior dependência (GARCIA, 2008). Yuaso e Netto diz que a atividade física regular proporciona um processo de envelhecimento sem muitas alterações negativas e previne doenças dadas como comuns na terceira idade. Sendo assim, do ponto de vista específico, a atividade física determina uma sensação de bem-estar, melhora a autoconfiança, diminui a ansiedade e evita a depressão, que é uma doença comum nos idosos. Os sistemas respiratório, cardiovascular e osteomuscular, evidenciam todos os parâmetros de avaliação. Destacam-se entre os benefícios induzidos pelo exercício físico a diminuição da massa gordurosa, o aumento da mobilidade, da força, da massa muscular e do equilíbrio. A atividade física contínua influencia diversas variáveis metabólicas, pois aumenta a tolerância à glicose evitando uma possível diabetes, o nível sérico de HDL- COLESTEROL e reduz o

LDL e a agregabilidade plaquetária que é a principal causadora da hipertensão (YUASO e NETTO, 2009). Matsudo e colaboradores citam vários benefícios para a saúde do idoso, e destaca principalmente: a redução da probabilidade do Idoso ser diabético, melhora os níveis de Colesterol e trigliceris. É natural que no processo de envelhecimento, aumente a quantidade de gordura, e diminua a quantidade de músculo do corpo, porem, com a pratica da atividade física diminua esse processo, e acrescenta que melhora a massa óssea, conseqüentemente evitando algumas fraturas (MATSUDO *et all*, 2002).

Para analisar a “a busca pelo envelhecimento saudável” foi realizado um estudo sobre o envelhecimento e atividade física nos idosos. A conclusão do estudo, foi que, não se pode alterar o processo do envelhecimento humano, mas, a não pratica da atividade física, influencia negativamente nesse processo. Portanto a pratica da atividade física, retarda, e até mesmo controla o surgimento de várias doenças ditas como normais no idoso, como: hipertensão, doenças cardiovasculares e musculoesqueléticas. A atividade física é então um fator que contribui na saúde do idoso (FILHO *et all*, 2010). Outra pesquisa reitera essas conclusões ao verificar a autonomia funcional de 540 voluntárias, através do Funcional Sênior Fitness Test, que é um instrumento específico para esse determinado estudo; as idosas foram divididas em dois grupos: idosas fisicamente ativas e sedentárias, os responsáveis pela pesquisa constataram que, embora o grupo das idosas ativas mostrasse estar melhor, principalmente em agilidade, equilíbrio e potencia, isso não garantiu que, tais mulheres fisicamente ativas estivessem em níveis recomendados pelo instrumento utilizado (PEREIRA *et all*, 2011).

O interesse por este tipo de pesquisa se explica porque evidencia uma relação entre atividade física e longevidade. Dados mostram que ex-atletas mesmo quando não praticam atividade física com a mesma frequência tem capacidade física e volume de oxigênio (VO₂ máx) maiores do que indivíduos não atletas sedentários. Isto ocorre devido ao lazer dessas pessoas serem mais ativo do que dos demais (STEPHENS *et all*, 1990). Para Mazzeo, toda atividade física orientada e feita regularmente

traz retorno satisfatório na busca de um envelhecimento saudável. Sendo assim, ao iniciar-se um programa da atividade física o indivíduo tem como resposta a redução e ou prevenção de situações adversas existentes no envelhecimento, como os declínios funcionais (MAZZEO *et all*, 1998).

Almeida e Barbosa dizem que a atividade física são conjuntos de movimentos executados pelo corpo, que podem ser realizadas tanto individual quanto coletivamente e que levam a gastos calóricos e possíveis alterações no organismo. A atividade física, portanto, traz benefícios à saúde, existindo exercícios que influenciam principalmente nos estados mentais e sociais do indivíduo (ALMEIDA e BARBOSA, 2009). Retornando ao pensamento de Nahas quanto à atividade física e seus benefícios em relação à população idosa, vimos que esta população pode ser analisada de duas maneiras: tanto pela perspectiva individual como também a sociedade como um todo. Ao analisar o indivíduo devemos considerar os aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais. Durante ou logo após a prática da atividade física existe um benefício imediato, já os benefícios de médio prazo são observáveis depois de algumas semanas ou mês, trazendo mudanças estruturais e funcionais (NAHAS, 2010).

Okuma diz que, a discussão da importância da atividade física está cada vez mais em ascensão, como minimizador do processo de degeneração ocasionado pelo envelhecimento. Indo além, a atividade física é estimuladora das funções do organismo, principalmente no controle das doenças crônico-degenerativas, além de ser essencial para manter e melhorar o aparelho locomotor, que afeta a autonomia e a independência do idoso (OKUMA, 2004). Em Mazo e colaboradores encontramos a afirmação de que, por mais que a população saiba dos benefícios da atividade física para saúde, a maior parte dessa população é completa ou parcialmente inativa. Reforçando a hipótese do nosso estudo, o autor aponta o fenômeno da urbanização como responsável por um estilo de vida menos ativo (MAZO *et all*, 2004).

Alguns comentários para encerrar este item: Percebemos que a definição de atividade física, embora tenha variado, guarda certa concordância. É, portanto, mais passível de avaliação do que o campo recoberto pelo conceito de Qualidade de Vida. Não obstante esta diferença, é consensual entre

os investigadores que há uma relação entre qualidade de vida e atividade física. Também não obstante, as controvérsias foram criados instrumentos capazes de avaliar aquelas duas variáveis.

Estamos admitindo a relação entre qualidade de vida e atividade física e a possibilidade de obter dados significativos com a aplicação dos instrumentos validados.

Capítulo 4

O Cenário da Pesquisa.

Características: Estado de Rondônia e do município de Pimenta Bueno local da pesquisa.

Em 1943 com uma parte do Mato Grosso e outra do Amazonas, foi criado o Território Federal do Guaporé, tendo como principais fatores da sua economia a borracha e a castanha do Pará; após alguns anos, em 1956, o antigo Guaporé foi denominado de Território Federal de Rondônia, com objetivo de homenagear Marechal Rondon, o responsável pelas expedições ali realizadas (RONDÔNIA, 2013). Com o avanço, foram se abrindo estradas e em 1982, deixou de ser Território e passou a ser Estado. Segundo dados do IBGE em 2011 o estado de Rondônia tem uma área de 237.590,547 km², contando com uma população de 1.562.409. Grande parte dessa população é migrante de outros estados, sendo que a maioria das migrações ocorreu na década de 70, período em que existiam grandes incentivos do governo federal, para o então território Federal de Rondônia; no estado existem 52 municípios (IBGE, 2011).

Marechal Rondon, em 1912 retornou no então Território Federal do Guaporé, para construir a linha telegráfica que ligaria Mato Grosso com Amazonas, uma das estações foi feita as margens do rio Apidiá, com o nome de Pimenta Bueno Esse nome foi dado com objetivo de homenagear Francisco Antonio Pimenta Bueno, filho do Presidente da Província do Amazonas. Hoje, Pimenta Bueno é um município com população, de acordo com o Censo 2010, de 32.985 habitantes, dos quais aproximadamente 20% moram na zona rural, sendo que 1823 são pessoas idosas (com idades de 60 anos ou mais) equivalendo a 5,53% da população do município. Pimenta Bueno é a 10^a cidade mais populosa de Rondônia. Localizada ao sul do estado, foi a segunda cidade originada a partir da passagem do Marechal Rondon na região. O município tem uma área de 6.258,64 km² e conta com clima quente e úmido, amenizado pela altitude de 195 metros em que se encontra, apresenta grandes variações de temperatura entre os extremos diurnos e noturnos. Seu índice de desenvolvimento

humano (IDH) é o quarto maior do estado, o índice de 0,754 é considerado médio; sua principal renda vem da pecuária da agricultura e corresponde a um dos maiores polos de confecções do estado (IBGE, 2011).

Nos últimos 20 anos, a produção de grãos no Brasil mantém-se no patamar dos 90 milhões de toneladas / ano. Essa é uma marca histórica que, por mais esforços que as políticas de incentivo (que são cada vez menores, diga-se de passagem), procurem alterar, tem se mantido. Ieno e Bamat afirmam que devido ao modelo concentrador imposto pelos nossos líderes, de centralizar poder e capital em cidades, acentua-se a situação da desigualdade de renda e qualidade de vida entre “campo e cidade”; quando comparadas as duas realidades, as diferenças são enormes. Em curto tempo tivemos uma forte migração dos moradores da zona rural para as cidades, fazendo com que se formem aí bolsões de migrantes, verdadeiros bolsões que mostram um estilo de vida precário. Consequência disso: perde-se o desenvolvimento na estrutura do campo, não conseguindo dar sustentação necessária para as cidades. No Brasil 50% da produção dos alimentos básicos e de produção animal, é realizada como exploração familiar (IENO e BAMAT, 1998).

Pimenta Bueno é um município que se insere na situação acima. Região de formação recente, Rondônia foi ocupada por ondas de migração interna em busca principalmente de atividades ligadas ao mundo rural. Vive igualmente a saída do campo para as cidades.

É em Pimenta Bueno que realizamos nosso trabalho. O município reúne condições favoráveis à investigação além de contar com a familiaridade do pesquisador: a) Conta com populações urbana e rural geograficamente próximas, mas com estilos de vida diversos; b) este micro-universo mostra-se como um cenário importante para nossa reflexão, como detalharemos a seguir.

Proposta do Trabalho.

Partimos do pressuposto de que a Atividade Física e a Qualidade Física estão fortemente relacionados. Nossa proposta é de Avaliar estas duas condições entre idosos de Pimenta Bueno, moradores em duas áreas: urbana e rural.

O interesse em trabalhar comparativamente com as duas áreas se deve às hipóteses que formulamos: 1) Os moradores da zona rural são mais ativos que os da zona urbana; 2) sendo assim, esperamos encontrar melhor Qualidade de Vida entre os moradores da zona rural.

Justificando a hipótese 1: Como vimos no início desta dissertação, a definição de atividade física acolhida pelos educadores físicos, categoria profissional a qual pertencemos, aponta a “atividade física como qualquer movimento feito pelo corpo através da contração de grupos musculares que proporcione algum gasto calórico”. Nesse sentido a realização de atividade física independe da frequência de espaços especializados, como é o caso de equipamentos existentes em espaços urbanos. Nossa hipótese é reforçada pela afirmação de Mazo e colaboradores, de que o fenômeno da urbanização cria um estilo de vida menos ativo (MAZO *et al*, 2004). A hipótese 2 diz respeito a relação entre atividade física, e qualidade de vida.

Pimenta Bueno parecia um lugar estratégico para atestar as hipóteses pelas razões antes apontadas. Como dissemos a população total do município é de 32.985 habitantes (IBGE, Censo de 2010), sendo que aproximadamente 20% dessa população vive na zona rural. De fato como também já apontei, duas das atividades economicamente mais importante do município são rurais, entretanto, a pecuária em grande escala ocupa relativamente poucos braços e as tecnologias agrícolas tem contribuído para substituição de trabalhadores por maquinário, engrossando o êxodo rural local. Por isso cerca de 80% da população vive na zona urbana com variável precariedade.

Os nossos entrevistados saíram do contingente das 1823 pessoas idosas (pouco mais de 5% da população do município) que contavam com 60 anos ou mais. O número de entrevistados foi de 40 pessoas assim distribuídas: 20 habitantes da zona rural e 20 habitantes da zona urbana. Este número representa cerca de 0,2% da população total maior de 60 anos. Claro está que o peso relativo dos 2 grupos de participante é diferente dadas as percentagem envolvidas na distribuição dos habitantes pelas zona rural e urbana. Nossa preocupação, entretanto, não foi estabelecer amostragens estatisticamente significativa, mas ter dois contingentes numericamente equivalentes de participantes. Nesse sentido é que falamos em amostra, mas nossa pesquisa se define como qualitativa e quantitativa. A apresentação de gráficos e as comparações estatísticas se justificam pelo empenho de tratar os dados de modo convencional para os dois questionários validados e para facilitar a leitura dos interessados no que concerne à caracterização dos participantes.

Os entrevistados.

Os idosos participantes aceitaram livremente ser incluídos na pesquisa. Nossos critérios de inclusão, além da aceitação voluntária foram: pessoas com 60 anos ou mais, que tenham autonomia e sejam moradores do município de Pimenta Bueno, na zona urbana ou rural. Foram critérios de exclusão: não aceitação de participação, aqueles que não conseguiriam se comunicar ou com graves problemas cognitivos. Os critérios de exclusão visaram evitar que introduzíssemos um viés nos resultados.

Características da Amostra.

A amostra foi composta de indivíduos idosos, sendo 70% do sexo feminino e 30% do sexo masculino. A grande maioria era de casados (75%), com baixa escolaridade, 55% tinham até ensino fundamental, 27,5% eram analfabetos e, apenas 17,5 com ensino médio completo (Tabela1).

Tabela 1. Características Sócias Demográficas da amostra estudada.

	Área Rural		Área Urbana	
	N	%	N	%
Idade (anos)	68,5 ± 6,7		67,4 ± 6,5	
Sexo				
Masculino	07	35	05	25
Feminino	13	65	15	75
Estado Civil				
Solteiro	0	0	0	0
Casado	18	90	12	60
Separado	02	10	02	10
Viúvo	0	0	06	30
Escolaridade				
Analfabeto	08	40	03	15
Ensino Fundamental	10	50	12	60
Ensino Médio	02	10	05	25
Superior	0	0	0	0
Tem alguma doença?				
Sim	15	75	14	70
Não	05	25	06	30

Média±Desvio Padrão.

No geral, 72,5% relataram haver alguma doença (comorbidades como hipertensão e diabetes), não havendo diferença significativa entre as áreas rural (75%) e urbana (70%).

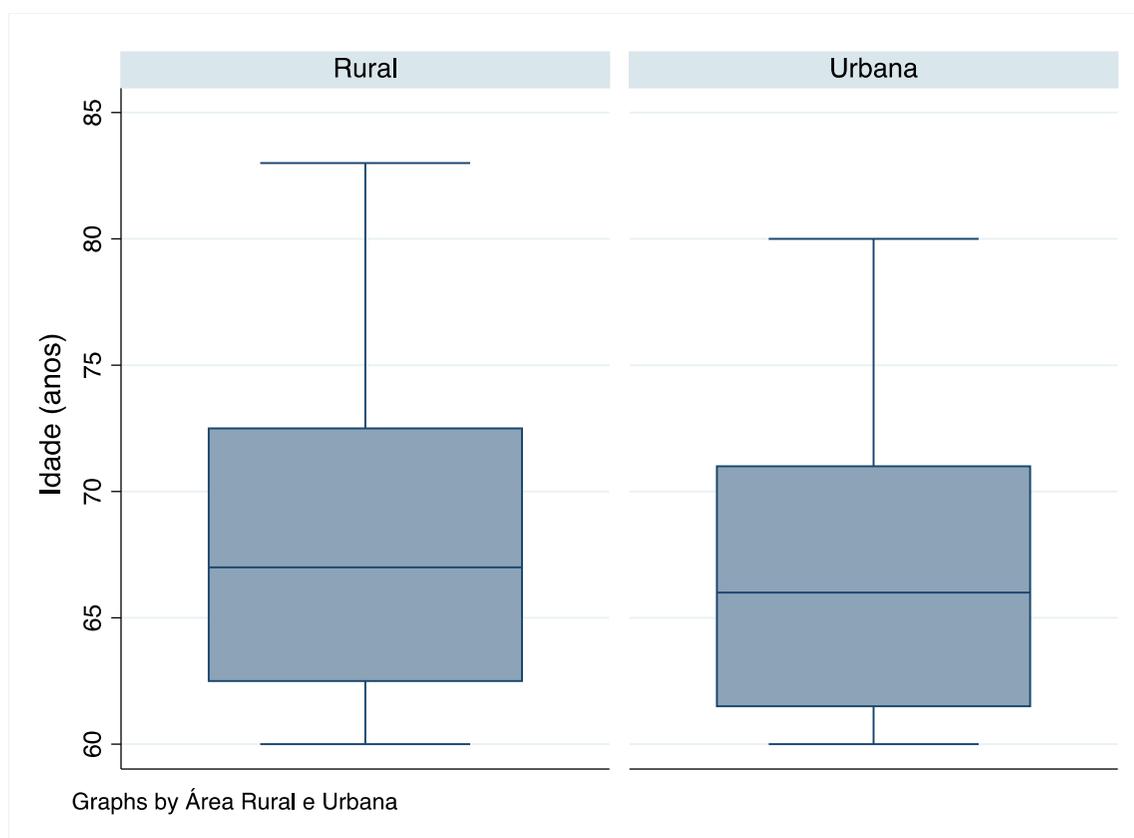


Gráfico 1. Boxplot da idade dos indivíduos nas áreas rural e urbana.

No Gráfico1 acima, temos o boxplot de idade dos indivíduos, sendo que na área rural obtivemos uma maior variabilidade, com máximo de 83 anos. A média de idade entre os residentes da área rural foi de 68,5 anos com desvio padrão de 6,9 e, dos residentes da área urbana foi de 67,4 anos com desvio padrão de 6,5.

Materiais.

Os materiais utilizados na pesquisa foram o Questionário WHOQOL-ABREVIADO, que tem como objetivo verificar a qualidade de vida e o Questionário IPAQ – 8 que verifica o nível de atividade física dos entrevistados.

Métodos.

Foram incluídas nesta pesquisa, as pessoas que preenchiam os critérios de seleção, e que tivessem assinado o termo de consentimento livre e esclarecido. Ficou a critério dos participantes, escolher eles mesmo preencherem ou se responderiam as perguntas para que o próprio pesquisador preenchesse os questionários.

Para avaliar a qualidade de vida foi entregue ao participante o questionário elaborado pela Organização Mundial da Saúde (WHOQOL ABREVIADO), traduzido e validado no Brasil por Fleck e seus colaboradores. Tal instrumento consta de 26 itens, com duas questões gerais sobre qualidade de vida e as demais 24 divididas em quatro domínios: (a) físico, (b) psicológico, (c) relações sociais e (d) meio ambiente. As características psicométricas do WHOQOL-ABREVIADO preenchem os critérios de consistência interna, validade discriminante, validade concorrente, validade de conteúdo e confiabilidade (FLECK *et all*, 2003).

Para avaliar o nível de atividade física foi entregue para o participante o questionário IPAQ versão longa que permite estimar o tempo semanal gasto na realização de atividade física de intensidade de caminhada - moderada e vigorosa - em diferentes contextos da vida (trabalho, tarefas domésticas, transporte e lazer), bem como a possibilidade de estimar o tempo despendido em atividades passivas (realizadas na posição sentada); em seguida à leitura do questionário e à orientação sobre preenchimento, as pessoas terão liberdade para responder, evitando intervenções desnecessárias, dando maior fidedignidade à pesquisa, exceto quando o entrevistado não for alfabetizado necessitar de auxílio para o preenchimento do mesmo. Os questionários são mais adequados para apurar opiniões e atitudes explícitas e conscientes dos entrevistados, pois utilizam instrumentos estruturados.

Após a coleta dos dados foi realizada, a análise estatística dos mesmos para verificar variáveis em questão.

Procedimentos.

Após o levantamento dos idosos, os mesmos foram incluídos na pesquisa, sendo a seleção, dentro dos critérios de inclusão, aleatória evitando com que a mesma possa ser manipulada. Para os idosos moradores da zona urbana as entrevistas foram feitas em todos os bairros da cidade, também com os idosos moradores da zona rural as entrevistas foram feitas em diferentes lugares.

Para os levantamentos dos idosos de Pimenta Bueno recorreremos às seguintes estratégias:

- Associação dos Idosos de Pimenta Bueno, End. Av. Padre Feijó Cep. 78984-000
- SEMAST – Secretária de Municipal de Assistência Social e Trabalho. Av. Cunha Bueno, Cep. 76970-000
- EXPOPIP - Associação Rural de Pimenta Bueno, Rod. BR 364 Km 201.
- Sindicato dos Trabalhadores Rurais. Av. Padre Ângelo 292 Cep. 78984-000
- EMATER – Associação de assistência Técnica e Extensão Rural de Rondônia. Av. Alcinda Ribeiro de Souza 363.

Nosso projeto de estudo só foi realizado como dissemos após a apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo– PUC – SP que teve como protocolo CAAE n. 08558512.5.50000.5482. Uma vez identificadas as residências com Idosos, que se encaixem nos critérios, o entrevistador explicava os procedimentos e a pessoa era convidada a participar voluntariamente da entrevista. Para aqueles que concordaria era entregue (TCLE) conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde.

Capítulo 5

Análise e Resultados da Pesquisa.

Whoqol – Abreviado.

Para as análises totais foram feitas 40 entrevistas, sendo metade com residentes da Zona Rural e a outra metade residentes da Zona Urbana. Para entendermos mais o Questionário Whoqol – Abreviado e o modo como foi feita, a pré-análise, algumas indicações são necessárias: o whoqol – abreviado contém 26 questões que envolvem vários aspectos da vida; é dividido em quatro domínios: físico, psicológico, meio ambiente e relações pessoais. As respostas das questões podem variar de 1 a 5, sendo que as condições piores são assinaladas como 1 e as condições melhores 5. O whoqol – abreviado já contém cálculos padronizados que apresentam valores entre 0 e 100, sendo os piores resultados os mais próximos de 0 e os melhores mais próximos de 100; sendo assim, o sujeito que tiver valores próximos a 50 dentro de cada domínio pode ser considerado como tendo alcançado um valor mediano.

Ipaq – versão longa.

Assim como na pesquisa de Qualidade de Vida, para as análises totais do nível de atividade física foram feitas 40 entrevistas, seguindo a mesma sistemática Rural/Urbana. O ipaq versão longa é um questionário utilizado principalmente para verificar o nível de atividade física, sendo o nível classificado em: Sedentário, Irregularmente ativo, Ativo, Muito Ativo. Para chegarmos a essa classificação utilizamos os seguintes resultados:

- 1. SEDENTÁRIO:** aquele que não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana.
- 2. IRREGULARMENTE ATIVO:** aquele que realiza atividade física, porém, de forma insuficiente para ser classificado como ativo pois não cumpre as recomendações quanto à frequência ou duração. Para

realizar essa classificação soma-se a frequência e a duração dos diferentes tipos de atividades (caminhada + moderada + vigorosa).

3. ATIVO: aquele que cumpriu as recomendações de:

- a) VIGOROSA: ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão; ou
- b) MODERADA ou CAMINHADA: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão; ou

Qualquer atividade somada: ≥ 5 dias/sem e ≥ 150 minutos/sem (caminhada + moderada + vigorosa).

4. MUITO ATIVO: aquele que cumpriu as recomendações de:

- a) VIGOROSA: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão ou
- b) VIGOROSA: ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão + MODERADA ou CAMINHADA:
 ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão.

Análise Estatística.

A análise estatística foi realizada com o Programa STATA (*Stata Corp. 2012; Stata Statistical Software: Release 12,1. Small Stata, Stata Corporation, College Station, TX, USA*). Os dados foram apresentados com estatística descritiva (média, mediana, desvio padrão) e frequência absoluta e relativa para as variáveis binárias e ordinais. A validade interna dos questionários foi avaliada pelo coeficiente Alpha Crombach's. O Teste Wilcoxon Mann Whitney foi utilizado para verificar diferença da qualidade de vida do WHOQOL-bref entre os grupos e, o Teste Exato de Fisher para verificar a associação entre o nível de atividade física nos grupos estudados. Para verificar a correlação entre os escores dos questionários utilizados, aplicamos a correlação de Spearman, devido a distribuição não paramétrica das variáveis.

Resultados.

No total foram avaliados os 40 indivíduos com 20 entrevistados com idade média de 67 anos da zona Urbana e 20 entrevistados com idade média de 68 anos para os da zona Rural. Os indivíduos foram selecionados de forma aleatória, sendo classificados de acordo com o bairro para a área urbana e região para a área rural (randomização em cluster).

Qualidade de Vida – WHOQOL *Bref*.

A consistência de validade interna do questionário foi realizada por meio do Teste de Alpha Crombach's ($\alpha > 0.80$) e covariância média interitem de 0.112, o que se refere a um bom índice de reabilidade e validade para as questões referentes ao WHOQOL *bref*.

Com relação a qualidade de vida, verificamos as respostas do questionário WHOQOL *bref*, e não identificamos diferença entre as áreas rural e urbana analisadas com relação aos domínios físico, psicológico, relações sociais e ambiente (Tabela2). Entretanto, referente ao relacionamento social, observamos que a média de qualidade de vida foi maior (73,3) para a zona urbana, sugerindo uma provável diferença ($p = 0.078$) com a área rural.

Tabela 2. Avaliação da qualidade de vida pelos domínios da WHOQOL bref (escala de 0 a 100) entre os indivíduos da área rural e urbana.

Domínios WHOQOL -bref	Área Rural (n=20)		Área Urbana (n=20)		p*
	Média	DP	Média	DP	
Domínio Físico	63,7	17,5	60,7	15,6	0.3779
Domínio Psíquico	76,3	8,5	74,2	12,4	0.7116
Domínio das Relações Sociais	62,9	13,9	73,3	13,4	0.0783
Domínio do Ambiente	61,4	10,3	60,6	16,2	0.9566
Domínio Total	66,0	10,0	65,5	12,9	0.9137

* Teste de Wilcoxon Mann Whitney

No próximo gráfico, observamos a distribuição dos valores de escore do WHOQOL entre as áreas estudadas. O domínio físico, apesar de distribuição semelhante, obteve mediana superior na área rural; o domínio psíquico foi muito mais alto na área rural, porém sem significância estatística, provavelmente devido ao tamanho amostral; quanto ao domínio de relações sociais tivemos uma provável diferença nos resultados ($p = 0.07$), sendo melhor (mais alto) para a área urbana e; o domínio de ambiente teve uma variabilidade maior para a área urbana e, não foi diferente estatisticamente.

O gráfico demonstra que a amostra, apesar de haver mediana próxima entre os domínios encontrados para cada região, possui uma provável diferença para a área urbana, que parece ter uma qualidade de vida social mais elevada.

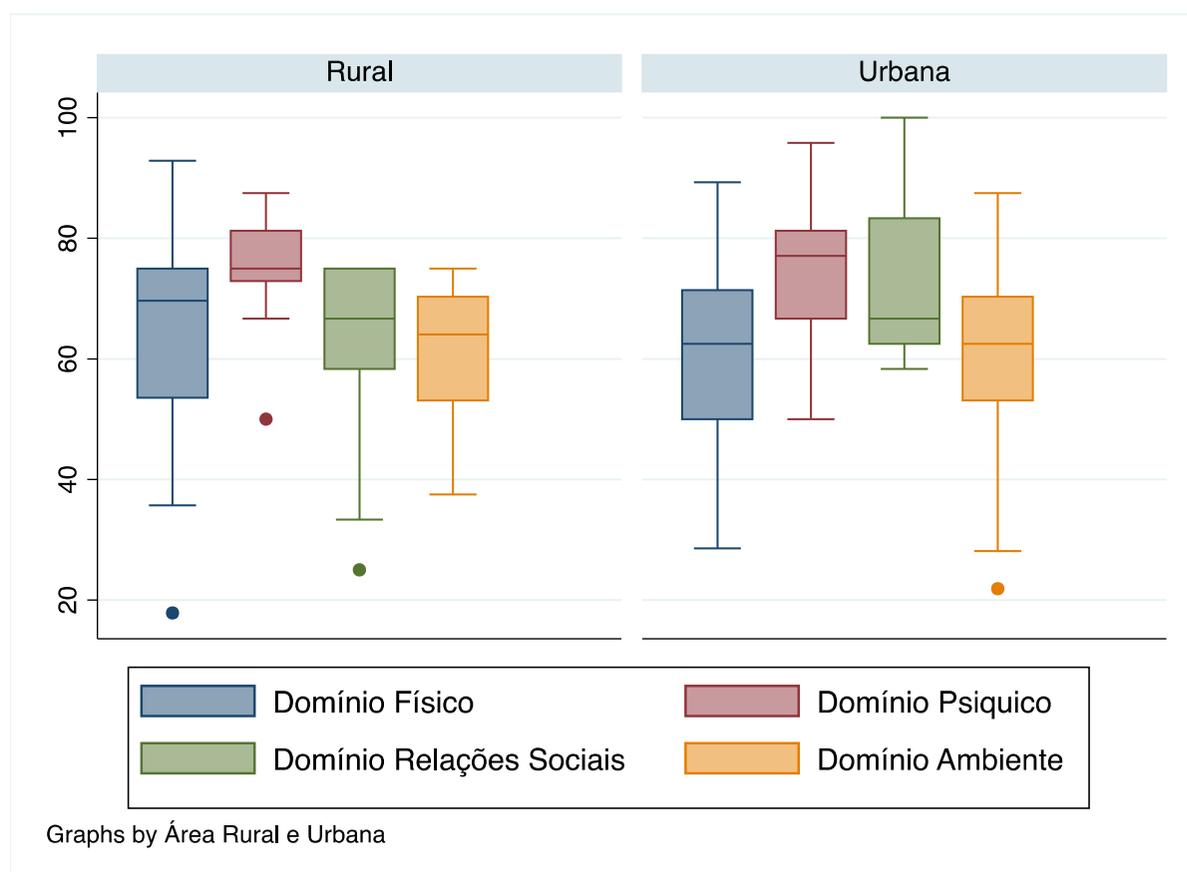


Gráfico 2. Boxplot dos domínios do WHOQOL Bref nas áreas rural e urbana.

Atividade Física – Ipaq versão longa.

Referente a consistência interna do questionário, obtivemos para as questões do Ipaq versão longa α -Crombach's de 0.78 com covariância média interitem de 415,8.

Com o objetivo de identificar diferença referente a atividade física realizada entre os indivíduos habitantes de cada área, verificamos de acordo com o questionário Ipaq, os domínios referentes ao tempo gasto para as atividades de trabalho, transporte, atividades domésticas e lazer. Desta forma, classificamos as pessoas segundo as atividades realizadas como: sedentário, irregularmente ativo, ativo e muito ativo. Os dados foram apresentados por estatística descritiva e proporção das variáveis categóricas e, verificada diferença pelo Teste Exato de Fisher.

Tabela 3. Total de atividade física mensurada de acordo com as categorias do Ipaq, entre as áreas rural e urbana.

	Área Rural		Área Urbana		<i>P</i>
	(n= 20)		(n=20)		
	n	%	N	%	
Total de					0.945
atividade Física					
Sedentário	04	20	03	15	
Irregularmente	05	25	05	25	
ativo					
Ativo	06	30	08	40	
Muito ativo	05	25	4	20	

Teste Exato de Fisher.

De acordo com a tabela 3, observamos que não houve diferença significativa entre as categorias avaliadas entre as áreas ($p= 0.945$). Na área rural tivemos, 20% de sedentários, 25% irregularmente ativos, 30% ativos e 25% muito ativos e; na área urbana: 15% de sedentários, 25% irregularmente ativos, 40% ativos e 20% muito ativos.

Referente aos domínios avaliados, verificamos para cada intensidade da atividade realizada, com o objetivo de verificar se há diferença no tipo de atividade por área. Na tabela 4, temos que com relação ao trabalho, 40% dos indivíduos da área rural não trabalham e 37,5% da área urbana. Dentre aqueles que trabalham, na área rural, 5% são muito ativos, 2,5% realizam atividades irregulares e, apenas 1 indivíduo (2,5%) trabalha e é sedentário; na área urbana, 7,5% são ativos e, 2,5% são irregularmente ativos e, 2,5% ativos, sendo que nenhum foi caracterizado como sedentário.

De acordo com a Tabela 4, observamos uma alta proporção de indivíduos sedentários no trabalho e no lazer, porém apenas 22,5% da amostra tem emprego e, nenhum indivíduo, independente da área foi ativo ou muito ativo como lazer.

A maioria dos indivíduos relatou realizar atividades físicas como transporte e tarefas domésticas, sendo que 70% da amostra foi composta por idosos do sexo feminino.

Na área rural, dentre aqueles que não trabalham 43,7% são irregularmente ativos para o transporte e, apenas 12,5% são muito ativos. Em contrapartida, na área urbana, 20% são irregularmente ativos e 20% muito ativos para transporte. No total, 20% utilizam bicicleta como transporte na área rural, porém apenas 10% utilizam a bicicleta como atividade física (> 150 minutos/semana) de forma efetiva. Na área urbana, apenas 5% utiliza a bicicleta e nenhum utiliza por mais de 150 minutos/semana ($p= 0.171$).

O domínio de tarefas domésticas demonstrou que na área rural aqueles que não realizam atividades físicas no trabalho, 29,4% são sedentários para tarefas domésticas e, 70,6% realizam atividades irregulares a muito ativas (jardim e tarefas domésticas). Na área urbana, encontramos 20% de indivíduos sedentários em ambos domínios, 33,3% irregularmente ativos e 46,6% ativos.

Com relação ao tempo gasto sentado, a mediana foi de 257 MET/ dia para a área rural e 304 MET/dia para a área urbana, sem diferença estatística entre os grupos ($p=0.839$), quando verificada em conjunto com a questão de transporte sentado, a mediana para a área rural foi de 257 e 336 MET/ dia ($p=0.684$), respectivamente.

Tabela 4. Classificação do tipo de atividade por domínio do Ipaq versão longa.

	Área Rural		Área Urbana		<i>P</i>
	N	%	N	%	
Trabalho					0.407
Sedentário	17	85	15	75	
Irregular. Ativo	01	5	01	5	
Ativo	0	0	03	15	
Muito ativo	02	10	01	5	
Transporte					0.915
Sedentário	08	40	10	50	
Irregular. Ativo	07	35	06	30	
Ativo	01	5	04	20	
Muito ativo	04	20	0	0	
Doméstico					0.680
Sedentário	05	25	04	20	
Irregular Ativo	05	25	08	40	
Ativo	07	35	07	35	
Muito ativo	03	15	01	5	
Lazer					0.500
Sedentário	17	85	18	90	
Irregular. Ativo	03	15	02	10	
Ativo	0	0	0	0	
Muito ativo	0	0	0	0	
Teste Exato de Fisher					

Qualidade de Vida e Atividade Física.

Com o objetivo de verificar a relação entre a atividade física regular e insuficiente, definimos sedentários e irregularmente ativos como atividade insuficiente e, ativos e muito ativos como atividade regular.

Desta forma, verificamos os domínios de qualidade de vida entre os indivíduos sedentários e irregularmente ativos versus os indivíduos ativos e muito ativos para cada área. Dentre os sedentários/irregularmente ativos, observamos que os indivíduos residentes da área urbana, apesar de realizar atividade física insuficiente, obteve melhor índice de qualidade de vida referente ao domínio de relacionamento pessoal maior do que os residentes da área rural ($p= 0.031$)

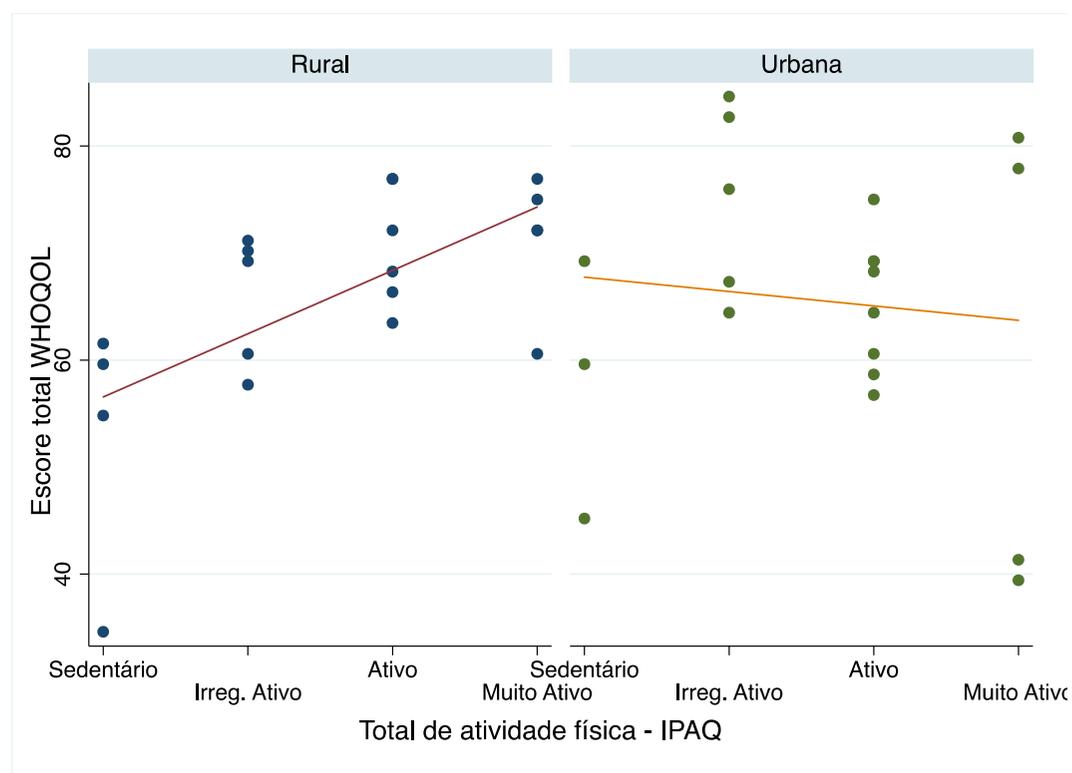


Gráfico 3. Correlação entre o total de atividade física pelas categorias do Ipaq e o escore de qualidade de vida total do WHOQOL-bref entre as áreas, e com relação aos ativos/ muito ativos, observamos

diferença quanto ao domínio físico ($p= 0.028$) entre as áreas, sugerindo melhor domínio físico entre aqueles com atividade física regular para os residentes da área urbana.

A correlação entre o escore total de qualidade de vida e o nível de atividade física, demonstrou que quanto maior a qualidade de vida, maior o nível de atividade física para a área rural (Spearman $\rho= 0.66$, $p= 0.0013$), porém para a área urbana a correlação foi baixa ($\rho= -0.09$) sugerindo não haver correlação nos resultados de qualidade de vida e atividade física para a área urbana (Gráfico 3). Estes resultados podem estar associados a outros fatores, pois como observamos no Gráfico 3, tivemos 2 indivíduos muito ativo outliers (com relato de baixa qualidade de vida entre os escores 0 e 40).

Em suma, não identificamos diferença significativa quanto a qualidade de vida geral entre as áreas avaliada pelo WHOQOL-bref ou, o nível de atividade física do Ipaq versão longa, contudo observamos boa consistência interna dos questionários estudados e, possibilidade de comparação de ambos. Estudos transversais e de coorte podem ser úteis para conhecimento das necessidades de cada população, visando melhor orientação quanto a atividades físicas e os benefícios para a qualidade de vida.

A hipótese 1, portanto, não se confirmou pois as diferenças foram inexpressivas. Quanto à Qualidade de Vida houve diferença em alguns domínios pesando positivamente para a Zona Urbana.

É necessário destacar, contudo que a não confirmação para a atividade física se deve a idade dos entrevistados. De fato, os mais velhos geralmente não estão mais envolvidos com o trabalho rural, que seria aquele trabalho mais fisicamente exaustivo.

Capítulo 6**Discussão dos Resultados e Considerações Finais.**

O sedentarismo representa um grave problema de saúde pública em todo o mundo, países europeus relatam prevalência que varia de 32% em países como Finlândia, Suécia e Irlanda, a 83% em Portugal. Apesar das diferentes metodologias dos estudos apontados, o impacto do sedentarismo na qualidade e estilo de vida do ser humano é um fator de extrema relevância para as políticas de saúde (MATSUDO *et al*, 2002).

No presente estudo tivemos uma proporção de indivíduos sedentários baixa para ambas as áreas rural (20%) e urbana (15%). De acordo com a Revista Brasileira de Ciência e Movimento, em um estudo com 29 cidades do Estado de São Paulo realizado em 2002, exceto as cidades onde é realizado o Programa Agita São Paulo, verificou a frequência de sedentarismo quanto a idade, sendo que os indivíduos acima de 50 anos eram 17% sedentários e; no mesmo estudo verificou o sedentarismo em diferentes quotas demográficas, nas quais: litoral com 5,8%, interior com 9,4% e metropolitana com 6% de sedentários (MATSUDO *et al*, 2002).

O uso de questionários validados para o estudo e conhecimento das populações têm sido utilizado constantemente por diversos países. Nosso estudo obteve bons parâmetros quanto a validade interna avaliada pelo Alpha Crombach's (WHOQOL-bref $\alpha > 0.80$ e para o Ipaq $\alpha = 0.78$).

No entanto, um estudo realizado na Coréia em 2012 com indivíduos idosos, verificou a validade do Ipaq versão curta por meio da correlação com as medidas do acelerômetro como técnica padrão e, demonstrou que o questionário apresenta boa consistência interna com alta correlação, sendo que quanto maior o escore em propriedades metabólicas equivalentes (MET – metabolic equivalente task) do Ipaq, maior o valor do acelerômetro ($\rho = 0.43$; $p = 0.001$), no entanto com uma baixa reabilidade, variando de (Kappa= 0.29 a 0.60) sendo válido o uso do instrumento para medir níveis de atividade física e variação diária na vida funcional dos idosos (CHUN, 2012).

Com relação a validade interna do WHOQOL-bref, em 2009 um estudo de revisão sistemática verificou 169 publicações referentes a validade e consistência do questionário, e verificou que diversos

estudos ao redor do mundo obtiveram bons resultados com uso do instrumento, independente da população estudada (KLUTHCOVSKY, 2009).

A hipótese inicial do nosso estudo era identificar uma melhor qualidade de vida para idosos da área rural, que devido de falta de recursos e acessibilidade, seriam mais ativos e funcionais fisicamente do que os residentes da área urbana, no entanto, os resultados obtidos no contexto de qualidade de vida nas áreas estudadas, não identificaram diferença estatística entre os grupos. Um estudo transversal realizado na Indonésia por Kusumaratna, com uso de WHOQOL Bref e do Ipaq (versão curta) avaliou a correlação entre atividade física e qualidade de vida em 101 indivíduos e, obteve uma proporção maior de mulheres (79%) que homens (21%), como no nosso atual estudo. Os resultados da pesquisa realizada apontam que a atividade física influi na qualidade de vida dos indivíduos, sendo que aqueles que reportaram baixa qualidade de vida eram em sua maioria sedentários. A atividade física avaliada por meio do Ipaq demonstrou que os indivíduos idosos do nosso estudo, em sua maioria, eram ativos e muito ativos quanto ao domínio de trabalho doméstico e jardinagem (rural= 50% e urbana= 40%), porém com uma proporção maior para os residentes da área rural. Neste estudo não encontramos indivíduos idosos, independente do sexo, que pratiquem atividades físicas de forma ativa e muito ativa como lazer. De ambos os grupos apenas 10% relataram realizar caminhada e 4% atividade moderada, sendo 85% e 90% de sedentarismo no domínio de lazer para as áreas rural e urbana, respectivamente (KUSUMARATNA, 2008).

Numa publicação em uma revista de Saúde Pública, Madeira realizou um estudo transversal com 12.402 adultos e 6.624 idosos em 100 municípios de 23 estados brasileiros, a respeito do deslocamento como atividade física, obteve-se, dentre os idosos, (41% do sexo masculino e 59% do sexo feminino) um total de 73% não alcançaram o tempo de corte de 150 minutos/ semana de atividade física no deslocamento; 35% mantêm deslocamento somente em relação à caminhada entre 10 e 149 minutos/ semana e 3,2% com uso de bicicleta, utilizando os mesmo critérios. A atividade física insuficiente no deslocamento dos idosos esteve associada na análise bruta e ajustada, para o

sexo feminino e idades elevadas. Indivíduos de cor branca e maior escolaridade apresentaram proteção em relação ao deslocamento insuficiente (MADEIRA *et al*, 2013).

No presente estudo, os indivíduos do sexo masculino não relataram utilizar a bicicleta como transporte, no entanto, 17,9% das mulheres relataram pedalar como transporte e, destas 7% pedalam mais de 150 minutos/ semana.

No total, 60% das mulheres realizam atividade física regular e, 40% insuficiente; já com relação aos homens a frequência foi de 50% para cada, todavia a amostra obteve um número muito maior de mulheres.

O relato de doenças (comorbidades, artrite, artrose, entre outros) foi de 73% da amostra, sendo semelhante a proporção entre os grupos estudados. Destes indivíduos, 45% realizam atividades insuficientes e 55% realizam atividades regulares (ativos e muito ativos), sendo a maioria residente da área rural. Dentre aqueles sem doenças prévias, nenhum era sedentário em ambas as áreas estudadas. A atividade física já demonstrou evidencia de efetividade na prevenção de doenças cardiovasculares e diabetes tipo 2, além de ter efeitos muito positivos para os idosos na função muscular e contribuição para as atividades diárias (KUSUMARATNA, 2008).

De acordo com Lima, em um estudo de coorte longitudinal para avaliar a variação de distância caminhada e balanço postural em idosos, com 3 anos de intervalo entre a primeira e segunda avaliação, identificou que o número de idosos ativos moradores da zona urbana de Ribeirão Preto (Brasil) aumentou de 52% para 83%. O estudo não obteve diferença postural medida pela escala de balanço de Berg e número de quedas, porém reduziu significativamente o percurso teste de 6 minutos de caminhada nos dois períodos (LIMA *et al*, 2011).

O combate ao sedentarismo tem sido apontado em estudos com adolescentes, visando influenciar o estilo de vida e a prevenção de doenças na fase adulta como hipertensão arterial, diabetes, sobrepeso e obesidade, síndrome metabólica, doenças cardiovasculares, problemas ósseos e articulares, câncer e doenças psíquicas (JÚNIOR, 2009). Um estudo brasileiro recente (2013) com

2.691 indivíduos acima de 12 anos, alerta quanto a necessidade de estimular a atividade física no lazer e reduzir o tabagismo visando identificar os fatores associados a ausência de exercícios e prevenir doenças crônicas (SOUSA *et all*, 2013).

Quanto às limitações do estudo, apesar do método de randomização em cluster para o recrutamento e coleta de dados, esperávamos encontrar uma proporção de indivíduos ativos maior para a área rural, devido a acessibilidade e necessidades desta população, no entanto, o estudo atingiu uma proporção de ativos e muito ativos de 0.55 para a área rural e 0.60 para a área urbana, desta forma, o poder do estudo foi baixo com indivíduos insuficientes para a generalização dos achados. O presente estudo pode servir como piloto para a amostra de análises epidemiológicos e transversais nesta população. Além disso, variáveis referentes ao peso e altura (índice de massa corpórea), tabagismo, alimentação e dieta, comorbidades, entre outros podem colaborar no esclarecimento adequado para a orientação de melhor qualidade para a vida adulta.

Relatos dos entrevistados.

Para melhor entendimento do cotidiano dos entrevistados e que seus relatos sejam naturais, evitamos direcionar as perguntas, fazendo com que os idosos conversem sobre o que mais tem vontade, para isso ao termino do preenchimento dos questionários, “perguntávamos e do mais como estão às coisas?” e assim iniciava a conversa, quando percebíamos algo que nos chamasse atenção e estava dentro do contexto da pesquisa, procurávamos focar exclusivamente no assunto. As partes dos relatos que estiverem em destaque, demonstram o quanto a atividade física e a Qualidade de vida principalmente no domínio de relações sociais, estão presente no cotidiano dos idosos entrevistados

Percebemos que entre os entrevistados existiam muitas historias parecidas, portanto separamos algumas para relatar. Para resguardar o anonimato dos entrevistados usamos nomes fantasia:

Maria tem 66 anos, casada, moradora da Zona Rural tem renda mensal de 1 salário mínimo, dentre os grupos ela é uma das poucas que tem o ensino fundamental completo, Maria já foi logo dizendo que gosta muito de morar no sítio, mas desde o ano de 2006 quando teve seu primeiro AVC (Acidente Vascular Cerebral) as coisas estavam difíceis, **mas que após 3 meses já conseguia tirar leite e fazer seus afazeres na casa**; ela ficou com poucas sequelas no braço e perna esquerda. Já tínhamos percebido que ela tem algumas dificuldades em falar, foi então que ela disse que há 9 meses sofreu um segundo AVC, percebi uma tristeza quando começou a relatar como ocorreu: ela tinha uma viagem programada há muito tempo e que durante o percurso sofreu o segundo AVC, e que só conseguiu ser socorrida após 100km do local ocorrido; ficou 4 dias sem voz e com sequelas motoras. Por vontade própria ela começou a escrever para melhorar a coordenação motora, e contar contos para melhorar a fala. No final da conversa, ela disse, **“adoro estar perto das pessoas e mesmo com dificuldades de saúde sou muito feliz”**.

Francisca tem 80 anos, viúva, moradora da Zona Urbana, recebe aposentadoria de 1 salário mínimo, nunca estudou e apenas sabe escrever o próprio nome. Escolhemos a Francisca para descrever seus relatos devido ao seu insistente comentário, **de não poder caminhar**, o que faz todo sentido por se tratar de Nível de Atividade Física. Durante a conversa a Francisca falava muito sobre sua idade. Foi quando eu perguntei: “você gosta da sua idade?” Ela disse: “Da minha idade eu gosto, não gosto das doenças que a idade me trouxe”. Segundo ela as doenças são hipertensão e osteoporose. **A entrevistada relata que por não conseguir caminhar muito bem e por não ter um meio de transporte, quase não tem contato com outras pessoas da sua idade e por isso se sente muito sozinha.**

Jesus é morador da Zona Rural tem 72 anos, casado possui uma renda familiar de 1 salário mínimo; estudou até a terceira serie primaria. Devido a um glaucoma Jesus perdeu a visão do olho direito. Ele relata que, com ele não tem dificuldade no dia a dia, mas tem tido muito trabalho com sua esposa, **ela sofreu uma queda e teve uma fratura na região do quadril que a impediu de andar e fazer algumas coisas em casa**, por isso ele tem que auxilia-la. Perguntei a ele, com os problemas no olho e o do quadril da sua esposa, o que deixou de fazer? **Mesmo com a distancia de morar no sítio ele sempre foi de bicicleta à cidade comprar as coisas que necessitava para casa, mas agora não tem conseguido ir.** Ao perguntar, se ele não cansava de ir de bicicleta ele disse: “Já faço isso há muitos anos, já estou acostumado”.

A auxiliar de Limpeza Solange de 63 anos, casada, que cursou o ensino fundamental, residente na Zona Urbana diz que os maiores problemas que tem são os familiares, e que esses problemas tem lhe “sugado muito fazendo com que tenha baixa autoestima”; ao perguntar que problemas seriam esses, Solange não demonstrou interesse em relatar. Sendo assim mudei a conversa e perguntei o que lhe dava prazer? **Ela disse que o relacionamento com as pessoas da igreja lhe trás força para superar as dificuldades.**

A Costureira Tereza de 69 anos, moradora da zona Urbana, separada; assim como muitos entrevistados tem renda aproximada de 1 salário mínimo. Segundo Tereza, ela tem um filho que mora com ela, e que esse filho lhe dá muito trabalho, ele já se envolveu com muita coisas erradas e isso a deixa muito triste. Durante o preenchimento do questionário que avalia o nível de atividade física, **Tereza que caminhava, mas parou devido a dores na perna e por falta de companhia e falta de animo.** Outra coisa que me chamou atenção na entrevista foi um item do questionário, que perguntava: o quão satisfeito você esta com sua vida sexual, neste momento? Tereza se recusou a responder e disse que é separada e não tem lógica responder isso.

Considerações Finais.

Vimos que os dados e as discussões, contidas nos capítulos anteriores justificaram a relevância científica e social da nossa pesquisa sobre a qualidade de vida e o nível de atividade física entre “envelhescentes” e idosos no município de Pimenta Bueno e sua região; Vimos também que as comparações entre os dados dos dois instrumentos colhidos, nas Zonas Urbana e Rural, apontaram que o local de residência traz consequências significativas para o Relacionamento Social entres grupos pesquisados, no que concerne ao nosso tema, podendo criar alternativas de intervenção e de propostas de ações e políticas na área da saúde, que atendam as demandas da população que envelhece.

Como alcance deste estudo, além das evidentes consequências profissionais, espera-se que nossos resultados possam estimular o interesse por outras pesquisas similares, isto é, que investiguem a relação entre qualidade de vida e níveis de atividade física entre moradores idosos de zona urbana e rural, em outros lugares do nosso território. Como demonstraram os estudos citados neste trabalho, pode-se esperar que nas comunidades onde as pessoas mais velhas sejam mais ativas fisicamente, elas mantenham saúde e bem estar e que conseqüentemente se reduza o custo social e familiar e pessoal com cuidados de saúde e atendimentos sociais, e inclusive que melhore a participação e a produtividade dessas pessoas em atividades comunitárias; pode-se esperar também que haja uma percepção geral mais positiva da figura do individuo mais velho. Numa sociedade que envelhece rapidamente, como a nossa, é de fundamental importância que se redefina o papel do idoso no meio social, valorizando-se a rica contribuição que ele pode trazer.

Vimos também que os níveis de atividade física são baixos, principalmente quando se trata de atividade física como lazer, com os resultados obtidos desta pesquisa, podemos afirmar que pensar políticas, programas e ações voltadas para o bem do idoso impõe a necessidade de considerar as

condições de vida num amplo espectro que não leve em conta apenas as condições materiais da existência. As relações de vizinhança e o papel atribuído real e simbolicamente aos idosos são pontos importantes a considerar na definição de qualidade de vida. Acreditamos poder chamar atenção das autoridades, especialmente municipais e estaduais, para a necessidade da investigação e do aperfeiçoamento humanizado do profissional para responder aos desafios da saúde.

Bibliografia.

1. Alencar NdA, Ferreira MdA, Graup S, Dantas EHM. Perfil do nível de atividade física e autonomia funcional de idosas. **RBCEH**, v.8, n.1, p. 21-8, 2011.
2. Almeida NFdA, Barbosa SSR. A educação física no melhoramento da qualidade de vida e consciência ambiental. **Revista Digital - Buenos Aires**, v.14, n.131, p. 1, 2009.
3. Almeida VLV. **Velhice e projeto de vida: Possibilidades e desafios. In: Velhice, envelhecimento e complexidade. Mercadante, E. F. et al (Orgs).** São Paulo, 2005.
4. Brandão VMAT, Mercadante EF. **Envelhecimento ou Longevidade.** São Paulo: Paulus, 2009.
5. Caspersen C.J., Kriska A.M., Dearwater S.R. Physical activity epidemiology as applied to elderly populations Original. **Bailliere Clin Rheumatol**, v.8, n.1, p. 7-27, 1994.
6. Chaim J, Ramundo ME, Ferreira CASa, Yuaso DR. Prática regular de atividade física e sedentarismo: influência na qualidade de vida de idosas. **RBCEH**, v.7, n.2, p. 198-209, 2010.
7. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev Saude Publica**, v.31, n.2, p. 184-200, 1997.
8. Chun MY. Validity and reliability of korean version of international physical activity questionnaire short form in the elderly. **Korean J Fam Med**, v.33, n.3, p. 144-51, 2012.
9. Cotta RMM, Varela MMS, Filho JSC, González AL, Ricos JAD, Real ER. La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. **Rev Panam Salud Publica**, v.11, n.4, p. 253-61, 2002.

10. Filho MLM, Zanella AL, Aidar FJ, Silva AMSd, Salgueiro RdS, Matos DGd. Atividade física e envelhecimento humano: a busca pelo envelhecimento saudável. **RBCEH**, v.7, n.1, p. 97-106, 2010.
11. Fillenbaum GG. **The wellbeing of the elderly : approaches to multidimensional assessment**. Geneva : World Health Organisation: 1984.
12. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Rev Saude Publica**, v.37, n.6, p. 793-9, 2003.
13. Gaíva MAM. Qualidade de vida e saúde. **Rev Enf UERJ**, v.6, n.2, p. 377-82, 1998.
14. Gallon D, Gomes ARS. Idosos institucionalizados e os efeitos do exercício no processo de envelhecimento musculoesquelético: uma revisão. **RBCEH**, v.8, n.1, p. 136-47, 2011.
15. Garcia P. **Sarcopenia, mobilidade funcional e nível de atividade física em idosos ativos da comunidade** (Mestrado).Mestrado em Ciências da Reabilitação - UFMG. Belo Horizonte: Escola de Educação Física Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.
16. Hörnquist JO. Quality of life: concept and assessment. **Scand J Soc Med**, v.18, p. 69-79, 1990.
17. IBGE. Instituto brasileiro de geografia e estatística. Available at: www.ibge.com.br Accessed 2011.
18. Ieno Neto G, Bamat T. **Qualidade de vida e reforma agrária na Paraíba**. João Pessoa: Unitrabalho/UFPB, 1998.
19. Júnior MRdA. **Nível de atividade física na adolescência e início da vida adulta e fatores associados: Um estudo longitudinal** (Doutorado).Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2009.
20. Kachar V. **Terceira idade e informatica, aprender revelando potencialidade**. São Paulo: Cortez, 2003.

21. Kluthcovsky A, F. K. O WHOQOL-bref , um instrumento para avaliar qualidade de vida : uma revisão sistemática. **Rev Psiquitr Rio Gd Sul**, v.31, n.3, p. 2009.
22. Kusumaratna RK. Impact of physical activity on quality of life in the elderly. **Univ Med**, v.27, n.2, p. 57-64, 2008.
23. Lang T, Streeper T, Cawthon P, Baldwin K, Taaffe D R, HarrisT B. Sarcopenia: etiology, clinical consequences, intervention, and assessment. **Springer-Verlag**, v.21, n.4, p. 543-59, 2010.
24. Lima GA, Vilaca KH, Lima NK, Moriguti JC, Ferriolli E. Balance and aerobic capacity of independent elderly: a longitudinal cohort study. **Rev Bras Fisioter**, v.15, n.4, p. 272-7, 2011.
25. Madeira MC, Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DSd, Tomasi E, Thumé E, et al. Atividade física no deslocamento em adultos e idosos do Brasil : prevalências e fatores associados. **Cad Saúde Pública**, v.29, n.1, p. 165-74, 2013.
26. Matsudo SM, Matsudo VR, Araújo T, Andrade D, Andrade E, Oliveira L, et al. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Rev Bras Ciên e Mov**, v.10, n.4, p. 41-50, 2002.
27. Mazo GZ, Benedetti T B, Lopes M A. **Atividade Física e o Idoso: concepção gerontológica**. Porto Alegre: Sulina, 2004.
28. Mazzeo RS, Cavanag P, Evans W, Fiatarone M, Hagberg J, McAuley E, et al. Exercício e atividade física para pessoas idosas / Exercise and physical activity for older adults. **Rev bras ativ fís saúde**, v.3, n.1, p. 48-78, 1998.
29. Mercadante EF. **A construção da Identidade e da Subjetividade do Idoso** (Doutorado).Doutorado em Ciências Sociais. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1997.

30. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc saúde coletiva**, v.5, n.1, p. 7-18, 2000.
31. Nahas MV. **Atividade Física, Saúde E Qualidade De Vida: Conceitos E Sugestões Para Um Estilo De Vida Ativo**. 5ed. Londrina: Midiograf, 2010.
32. Neri AL. **Qualidade de vida e idade madura**. 7ed. Papirus editora: Campinas, 1993.
33. Okuma SS. **O idoso e a atividade física: fundamentos e pesquisa**. São Paulo: Papirus, 2004.
34. Paim JS. Direito à saúde, cidadania e estado. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; Brasília: Ministério da Saúde 1986. p. 45-59.
35. Pereira FD, Batista WO, Furtado HL, Junior EdDA. Comparação da autonomia funcional entre idosas fisicamente ativas e sedentárias. **RBCEH**, v.8, n.1, p. 48-58, 2011.
36. Ramos LR, Perracini M, Rosa TEC, Kalache A. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. **J Cross Cult Gerontol**, v.8, p. 313-23, 1993.
37. Rocha AD, Okabe I, Martins MEA, Machado PHB, Mello TC. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc saúde coletiva**, v.5, n.1, p. 63-81, 2000.
38. Rondônia Pdgded. História sobre Rondônia. Available at: <http://www.rondonia.ro.gov.br/conteudo.asp?id=180>. Accessed 2013.
39. Ruffino Neto A. Qualidade de vida: Compromisso histórico da epidemiologia. **Saúde Em Debate**, v.35, p. 63-7, 1992.
40. Seidl E, Zannon C. Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. **Cad de Saude Publica**, v.20, p. 580, 2004.
41. Sousa CAd, César CLG, Barros MBdA, Carandina L, Goldbaum M, Marchioni DML, et al. Prevalência de atividade física no lazer e fatores associados: estudo de base populacional em São Paulo, Brasil, 2008-2009. **Cad Saúde Pública**, v.29, n.2, p. 2013.

42. Stephens KE, Vanhuss WD, Olson HW, Montoye HJ. The longevity, morbidity and physical fitness of former athletes. **Med Sci Sports Exerc**, v.22, p. 742-50, 1990.
43. Totorá S. **Ética da vida e o envelhecimento**. In: **Envelhecimento e velhice: Um guia para vida**. Côrte, B. et al (orgs). Vetor, 2006.
44. WHO. World Health Organization. Available at: <http://www.who.int/en/>. Accessed 2012.
45. Yuaso D, Netto M. **Como envelhecer Bem?** Paulus, 2009.

ANEXOS



Comitê de Ética em Pesquisa

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Anderson Pedroso Barbosa morador da Rua Francisco Marson nº 234 B.b Ap 33 Bairro: Jardim Monte Kemel, telefone 11 6075-5979, estou realizando uma pesquisa cujo objetivo é avaliar a qualidade de vida e o nível de atividade física de idosos moradores da zona rural e urbana. Para este trabalho a participação de idosos voluntários será fundamental. Sendo assim convido o SR/A, a participar da pesquisa respondendo a dois questionários com tempo médio de 40 minutos, estarei sendo auxiliado por Renata Zanette Rodrigues.

O Sr (a). tem garantia de sigilo de todas as informações coletadas e pode retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Eu, Anderson Pedroso Barbosa, responsável pela pesquisa “qualidade de vida e atividade física entre idosos moradores na zona rural e idosos residentes na zona urbana do município de Pimenta Bueno / RO.” declaro que obtive espontaneamente o consentimento deste colaborador da pesquisa para realizar este estudo.

Data: __ / __ / __

Assinatura do Pesquisador Responsável

Pesquisador responsável / orientador

Declaro ter sido informado e estar devidamente esclarecido sobre os objetivos deste estudo, sobre as técnicas e procedimentos a que estarei sendo submetido. Recebi garantias de total sigilo e de obter novos esclarecimentos sempre que desejar. Assim, concordo em participar voluntariamente deste estudo e sei que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Data: __ / __ / __

Assinatura do sujeito da pesquisa

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões** . Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	NADA	MUITO POUCO	MÉDIO	MUITO	COMPLETAMENTE
Você recebe dos outros o apoio de que Necessita?	1	2	3	4	5

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

	NADA	MUITO POUCO	MÉDIO	MUITO	COMPLETAMENTE
Você recebe dos outros o apoio de que Necessita?	1	2	3	4	5

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

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

1.

	Muito Ruim	Ruim	Nem Ruim Nem Boa	Boa	Muito Boa
Como você avalia sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

2.

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

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

3.

	NADA	MUITO POUCO	MÉDIO	MUITO	COMPLETAMENTE
Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5

4.

	NADA	MUITO POUCO	MÉDIO	MUITO	COMPLETAMENTE
O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5

5.

	NADA	MUITO POUCO	MÉDIO	MUITO	COMPLETAMENTE
O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5

6.

	NADA	MUITO POUCO	MÉDIO	MUITO	COMPLETAMENTE
Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5

7.

	NADA	MUITO POUCO	MÉDIO	MUITO	COMPLETAMENTE
O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5

8.

	NADA	MUITO POUCO	MÉDIO	MUITO	COMPLETAMENTE
Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5

9.

	NADA	MUITO POUCO	MÉDIO	MUITO	COMPLETAMENTE
Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

10.

	NADA	MUITO POUCO	MÉDIO	MUITO	COMPLETAMENTE
Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

11.

	NADA	MUITO POUCO	MÉDIO	MUITO	COMPLETAMENTE
Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5

12.

	NADA	MUITO POUCO	MÉDIO	MUITO	COMPLETAMENTE
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5

13.

	NADA	MUITO POUCO	MÉDIO	MUITO	COMPLETAMENTE
Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

14.

	NADA	MUITO POUCO	MÉDIO	MUITO	COMPLETAMENTE
Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

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

15.

	Muito Ruim	Ruim	Nem Ruim Nem Boa	Boa	Muito Boa
Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

16.

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito nem Insatisfeitos	Satisfeito	Muito Satisfeito
Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5

17.

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito nem Insatisfeitos	Satisfeito	Muito Satisfeito
Quão satisfeito está com a capacidade de praticar atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

18.

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito nem Insatisfeitos	Satisfeito	Muito Satisfeito
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5

19.

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito nem Insatisfeitos	Satisfeito	Muito Satisfeito
Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

20.

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito nem Insatisfeitos	Satisfeito	Muito Satisfeito
Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5

21.

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito nem Insatisfeitos	Satisfeito	Muito Satisfeito
Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5

22.

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito nem Insatisfeitos	Satisfeito	Muito Satisfeito
Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5

23.

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito nem Insatisfeitos	Satisfeito	Muito Satisfeito
Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5

24.

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito nem Insatisfeitos	Satisfeito	Muito Satisfeito
Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5

25.

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito nem Insatisfeitos	Satisfeito	Muito Satisfeito
Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

	Nunca	Algumas Vezes	Freqüentemente	Muito Freqüente	Sempre
Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?



QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA.

Nome: _____ Data: ___/___/___

Idade : ____ Sexo: F () M () Você trabalha de forma remunerada: () Sim () Não.

Quantas horas você trabalha por dia: _____

Quantos anos completos você estudou: _____

De forma geral sua saúde está: () Excelente () Muito boa () Boa () Regular () Ruim

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

Para responder as questões lembre que:

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

SEÇÃO 1- ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

Esta seção inclui as atividades que você faz no seu serviço, que incluem trabalho remunerado ou voluntário, as atividades na escola ou faculdade e outro tipo de trabalho não remunerado fora da sua casa. NÃO incluir trabalho não remunerado que você faz na sua casa como tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas na seção 3.

1a. Atualmente você trabalha ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?

() Sim () Não – Caso você responda não Vá para seção 2: Transporte

As próximas questões são em relação a toda a atividade física que você fez na última semana como parte do seu trabalho remunerado ou não remunerado. NÃO inclua o transporte para o trabalho. Pense unicamente nas atividades que você faz por pelo menos 10 minutos contínuos:

1b. Em quantos dias de uma semana normal você anda, durante pelo menos 10 minutos contínuos, como parte do seu trabalho? Por favor, NÃO inclua o andar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho.

_____ dias por SEMANA () nenhum - Vá para a questão 1d.

1c. Quanto tempo no total você usualmente gasta POR DIA caminhando como parte do seu trabalho ?

_____ horas _____ minutos

1d. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades moderadas, por pelo menos 10 minutos contínuos, como carregar pesos leves como parte do seu trabalho?

_____ dias por SEMANA () nenhum - Vá para a questão 1f

1e. Quanto tempo no total você usualmente gasta POR DIA fazendo atividades moderadas como parte do seu trabalho?

_____ horas _____ minutos

1f. Em quantos dias de uma semana normal você gasta fazendo atividades vigorosas, por pelo menos 10 minutos contínuos, como trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxada, escavar ou subir escadas como parte do seu trabalho:

_____ dias por SEMANA () nenhum - Vá para a questão 2a.

1g. Quanto tempo no total você usualmente gasta POR DIA fazendo atividades físicas vigorosas como parte do seu trabalho?

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 2 - ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

Estas questões se referem à forma típica como você se desloca de um lugar para outro, incluindo seu trabalho, escola, cinema, lojas e outros.

2a. O quanto você andou na última semana de carro, ônibus, metrô ou trem?

_____ dias por SEMANA () nenhum - Vá para questão 2c

2b. Quanto tempo no total você usualmente gasta POR DIA andando de carro, ônibus, metrô ou trem?

_____ horas _____ minutos

Agora pense somente em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro na última semana.

2c. Em quantos dias da última semana você andou de bicicleta por pelo menos 10 minutos contínuos para ir de um lugar para outro? (NÃO inclua o pedalar por lazer ou exercício)

_____ dias por SEMANA () Nenhum - Vá para a questão 2e.

2d. Nos dias que você pedala quanto tempo no total você pedala POR DIA para ir de um lugar para outro?

_____ horas _____ minutos

2e. Em quantos dias da última semana você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos para ir de um lugar para outro? (NÃO inclua as caminhadas por lazer ou exercício)

_____ dias por SEMANA () Nenhum - Vá para a Seção 3.

2f. Quando você caminha para ir de um lugar para outro quanto tempo POR DIA você gasta? (NÃO inclua as caminhadas por lazer ou exercício)

_____ horas _____ minutos

- 3f. Nos dias que você faz este tipo de atividades vigorosas no quintal ou jardim quanto tempo no total você gasta POR DIA?
_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 4- ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER.

Esta seção se refere às atividades físicas que você fez na última semana unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que faz por pelo menos 10 minutos contínuos. Por favor, NÃO inclua atividades que você já tenha citado.

- 4a. Sem contar qualquer caminhada que você tenha citado anteriormente, em quantos dias da última semana você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos no seu tempo livre?
_____ dias por SEMANA () Nenhum - Vá para questão 4c

- 4b. Nos dias em que você caminha no seu tempo livre, quanto tempo no total você gasta POR DIA?
_____ horas _____ minutos

4c. Em quantos dias da ultima semana você fez atividades moderadas no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei , basquete, tênis :

_____ dias por SEMANA () Nenhum - Vá para questão 4e.

4d. Nos dias em que você faz estas atividades moderadas no seu tempo livre quanto tempo no total você gasta POR DIA?

_____ horas _____ minutos

4e. Em quantos dias da ultima semana você fez atividades vigorosas no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos, como correr, fazer aeróbicos, nadar rápido, pedalar rápido ou fazer Jogging:

_____ dias por SEMANA () Nenhum - Vá para seção 5.

4f. Nos dias em que você faz estas atividades vigorosas no seu tempo livre quanto tempo no total você gasta POR DIA?

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 5 - TEMPO GASTO SENTADO

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

5a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana?

_____ horas ____ minutos

5b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um dia de final de semana?

_____ horas ____ minutos