

KARINA BAHIA BITTENCOURT VIEIRA CARVALHO

**PERFIL SOCIOECONÔMICO E QUALIDADE DE VIDA EM USUÁRIOS DO
PROGRAMA ACADEMIA DA MELHOR IDADE NO MUNICÍPIO DE
JOINVILLE-SC, BRASIL**

JOINVILLE

2011

KARINA BAHIA BITTENCOURT VIEIRA CARVALHO

**PERFIL SOCIOECONÔMICO E QUALIDADE DE VIDA EM USUÁRIOS DO
PROGRAMA ACADEMIA DA MELHOR IDADE NO MUNICÍPIO DE
JOINVILLE-SC, BRASIL**

Dissertação de Mestrado apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde e Meio Ambiente, na Universidade da Região de Joinville.

Orientador: Prof. Dr. Gilmar Sidnei Erzinger

JOINVILLE

2011

“A ignorância afirma ou nega veementemente; a ciência duvida”

Voltaire

AGRADECIMENTOS

Ao Profº Dr. Gilmar Erzinger pela orientação prestada.

Ao Profº Dr. Marco Fabio Mastroeni pela colaboração prestada.

Ao Profº Marco Moura pelos conhecimentos compartilhados.

As secretárias do programa de mestrado, em especial à Débora, sempre atenciosa às minhas solicitações.

À equipe da FELEJ/ PMJ, em especial à Janaína, Patrícia e Sara, pela receptividade e disponibilidade das informações sobre o Programa da Academia da Melhor Idade.

Aos estagiários de Educação Física da UNIVILLE e da IELUSC aos quais são monitores do Programa AMI e foram colaboradores durante a coleta de dados da pesquisa, meus sinceros agradecimentos.

À todos os usuários praticantes das AMI's pela disposição e interesse em participar da pesquisa fomentando a idéia da prática física regular como melhoria da qualidade de vida.

Aos meus pais, Beatriz e Carlos pelo total suporte em minha carreira profissional.

Em especial, ao meu esposo Claudemir pelo apoio, colaboração e motivação para concretização deste trabalho.

À todos que direta ou indiretamente, colaboraram para a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

RESUMO.....	9
ABSTRACT.....	10
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	11
LISTA DE FIGURAS.....	12
LISTA DE GRÁFICOS.....	13
LISTA DE TABELAS.....	14
CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO 2 – OBJETIVOS.....	18
2.1 OBJETIVO GERAL.....	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
CAPÍTULO 3 – REVISÃO DA LITERATURA.....	19
3.1 ENVELHECIMENTO.....	19
3.2 INATIVIDADE FÍSICA.....	19
3.3 ATIVIDADE FÍSICA.....	23
3.4 SOBREPESO – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL.....	24
3.5 QUALIDADE DE VIDA.....	26
3.5.1 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA – WHOQOL.....	28
3.5.2 DOMÍNIOS DO WHOQOL- <i>BREF</i>	29
3.6 ACADEMIAS DA MELHOR IDADE	30
3.6.1 PROGRAMA AMI (JOINVILLE-SC).....	31
3.6.2.1 Considerações sobre o município de Joinville, Santa Catarina, Brasil.....	32

CAPÍTULO 4 –MÉTODOS.....	35
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	35
4.1.1 VARIÁVEL DEPENDENTE.....	35
4.1.2 VARIÁVEIS INDEPENDENTES OU PREDITORAS.....	35
4.2 POPULAÇÃO.....	35
4.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	37
4.4 AMOSTRA.....	37
4.5 TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES.....	38
4.6 INSTRUMENTOS.....	41
4.6.1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO.....	41
4.6.2 ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (AUTO-RELATADO).....	42
4.6.3 DADOS SOCIOECONÔMICOS.....	42
4.6.4 OCUPAÇÃO PROFISSIONAL.....	43
4.6.5 REGIÃO DEMOGRÁFICA.....	44
4.6.6 DOMÍNIOS RELACIONADOS À AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA.....	44
4.7 PRÉ-TESTE.....	46
4.8 COLETA DE DADOS.....	47
4.9 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	48
4.9.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	49
4.10 ASPECTOS ÉTICOS.....	49
CAPÍTULO 5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	50
5.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA AMOSTRA.....	50
5.1.1 MÉDIA DE IDADE DA AMOSTRA EM RELAÇÃO AO GÊNERO.....	50
5.1.2 COMPARATIVO ENTRE AMOSTRA DO ESTUDO E A POPULAÇÃO DE JOINVILLE-SC, SEGUNDO GÊNERO E GRUPO ETÁRIO.....	52
5.2 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS ESOCIODEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA EM RELAÇÃO AO GÊNERO.....	53
5.3 QUALIDADE DE VIDA EM USUÁRIOS DO PROGRAMA AMI EM JOINVILLE-SC (TABELAS).....	59
5.3.1 COMPARAÇÃO DAS MÉDIAS DE QUALIDADE DE VIDA DA AMOSTRA TOTAL COM AS MÉDIAS DO BRASIL E AS MÉDIAS DO MUNDO.....	60

5.3.2 MÉDIA DOS ESCORES DOS DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA EM RELAÇÃO AO GÊNERO.....	61
5.3.3 MÉDIA DOS ESCORES DOS DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA EM RELAÇÃO ÀS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E SOCIODEMOGRÁFICAS.....	64
5.3.4 MÉDIA DOS ESCORES DOS DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA EM RELAÇÃO ÀS CARACTERÍSTICAS DE DOENÇAS CRÔNICAS, CIRURGIA, TEMPO DE PARTICIPAÇÃO NO PROJETO, FREQUÊNCIA SEMANAL, GRAU DE SATISFAÇÃO AO PROGRAMA AMI.....	69
5.4 QUALIDADE DE VIDA EM USUÁRIOS DO PROGRAMA AMI EM JOINVILLE-SC (GRÁFICOS).....	73
CAPÍTULO 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
REFERÊNCIAS.....	85
ANEXOS.....	93
ANEXO I: Questionário WHOQOL- <i>bref</i> (versão abreviada/OMS).	
ANEXO II: Sintaxe de análise em linguagem SPSS (Statistical Package of the Social Sciences) – WHOQOL- <i>bref</i> .	
ANEXO III: Ficha de Anamnese Geral utilizada pela FELEJ	
ANEXO IV: Termo de Responsabilidade utilizado pela FELEJ	
ANEXO V: Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) – ABEP/2008	
ANEXO VI: Ofício de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVILLE	
APÊNDICES.....	102
APÊNDICE I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
APÊNDICE II: Formulário de Registro de Dados (Questionário AMI/ WHOQOL)	
APÊNDICE III: Termo de Consentimento – Treinamento dos Monitores	

RESUMO

CARVALHO, K. B. B. V. **Perfil socioeconômico e qualidade de vida em usuários do Programa Academia da Melhor Idade no município de Joinville-SC, Brasil.** Joinville, 2011. [Dissertação de Mestrado – Universidade da Região de Joinville].

Introdução: Componentes como atividade física, condições socioeconômicas e demográficas podem influenciar na qualidade de vida (QV) de um indivíduo, que neste estudo foi avaliado através do questionário WHOQOL-*bref*, instrumento internacionalmente validado pela OMS, que contempla aspectos inerentes à QV de um indivíduo em seus quatro domínios: físico, psicológico, social e meio ambiente. O “Programa Academia da Melhor Idade (AMI)” no município de Joinville-SC, objetiva incentivar a prática da atividade física, inclusão social, e melhoria da QV. **Objetivo:** descrever o perfil socioeconômico e a qualidade de vida dos usuários do Programa de Academias nas praças públicas do município, utilizando o WHOQOL-*bref*. **Metodologia:** Trata-se de estudo descritivo com abordagem quantitativa, no período de julho a dezembro de 2010, aplicado na forma de entrevistas, envolvendo 256 usuários residentes no município, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a quarenta anos, os quais utilizaram as AMI’s apenas nos horários monitorados de 2^a à 6^a feira nos turnos matutino e vespertino. **Resultados:** a média de idade dos usuários das AMI’s foi de 59 anos; a maioria são mulheres (75,4%); os praticantes em sua maioria são casados (72,3%) e aposentados (42,2%); mais da metade da amostra total são considerados idosos (51,2%); prevaleceram usuários com sobrepeso (48%); a maioria classe média – B2 (37,1%). Apenas o domínio psicológico apresentou diferença estatisticamente significativa entre os gêneros. Os escores mais elevados de QV, em todos os domínios foram encontrados nos homens. O domínio meio ambiente apresentou escores reduzidos de QV em relação aos demais. Houve diminuição da QV: com o aumento da idade e com o aumento de peso corporal. Quanto menor a classe econômica, menor a qualidade de vida dos usuários. A ocupação no mercado de trabalho informal trouxe maior QV do que os aposentados. Quanto maior a frequência semanal e quanto mais tempo (em anos) de participação, melhor a QV dos usuários das AMI’s. As médias de QV da amostra foram superiores, quando comparada às médias encontradas em estudos realizados no Brasil e no mundo, nos quatro domínios do WHOQOL-*bref*. **Conclusões:** Este foi o primeiro estudo desenvolvido no Brasil que descreveu a QV em usuários adultos e idosos em academias ao ar livre. Os resultados indicam bons índices de QV quando comparado ao Brasil e mundo, sugerindo a importância do incentivo à prática física regular a fim de prevenir o isolamento e a imobilização que ocorre no processo de envelhecimento. Os programas de academias ao ar livre são acessíveis a um grande número de indivíduos e representam alternativa de investigação e investimento à Saúde Pública preventiva, sobretudo por parte dos gestores em saúde e órgãos governamentais a fim de subsidiar condições de melhoria de QV para esta população, visto que foi no domínio meio ambiente os escores mais reduzidos, condizentes com recursos financeiros, condições de moradia e transporte, segurança física e cuidados com a saúde defasados.

Descritores: qualidade de vida, WHOQOL-*bref*, Programa Academia da Melhor Idade (AMI), Joinville.

ABSTRACT

CARVALHO, K. B. B. V. **Socioeconomic profile and Quality of Life of “Golden Age Gymnastics Program” users from the city of Joinville-SC, Brazil.** Joinville, 2011. [Master Thesis - University of Joinville Region].

Introduction: Components such as physical activity, socioeconomic and demographic conditions may influence the quality of life (QOL) of a person, which in this study was assessed by the WHOQOL-BREF tool, that is internationally validated by OMS, which includes aspects related to the person QOL on four dimensions: physical, psychological, social and environment. The “Programa Academia da Melhor Idade (AMI)” from the city of Joinville-SC, aims to encourage physical activity, social inclusion and QOL improvement. **Purpose:** Describe the socioeconomic profile and users QOL of gymnastics academies program in public square of Joinville, by the WHOQOL-*bref* tool. **Methodology:** This is a descriptive study with quantitative approach, performed in the period of July’2010 to December’2010, applied as interviews form, covering 256 resident users, of both genders, more or equal than forty years old, users only of monitored sessions wich run from monday till friday. **Results:** There was mean age of 59 years old, predominance of females (75.4%), married (72.3%), retired (42.2%), elderly (51.2%), self-reported IMC with overweight (48%), economy class B2 (37.1%). Only the psychological dimension had statistically significant difference between genders. The male gender had the highest QOL scores for all dimensions. In general the environmental dimension had the lowest scores. QOL decreased with the age and weight rise. QOL decreased with the economic class reduction. The non-formal job performed better QOL than the retired people. The higher weekly frequency and long term engagement also had higher QOL scores. It was found that the behavior of QOL related to the dependent variables in the four dimensions of WHOQOL-*bref* showed a good trend when compared with the QOL measured in studies conducted in Brazil and worldwide. **Conclusions:** This was the first study developed in Brazil who described QOL in adults and elderly users of outdoor gymnastics. The results indicate high levels of QOL compared to Brazil and worldwide, suggesting the importance of regular incentive of physical practice to prevent loneliness and immobilization that occurs in the aging process. Outdoor gymnastics programs are accessible to a large number of people and represent alternative to public health prevention, specially to health managers and government agencies to provide conditions to improve QOL, which was seen in the lower environmental domain scores, related to financial, housing, transportation, physical security and health care lagged.

Keywords: Quality of Life, WHOQOL-*bref*, “Programa Academia da Melhor Idade (AMI)”, Joinville.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Atividade Física
AMI	Academia da Melhor Idade
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasileira
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Região de Joinville
DCV	Doenças Cardiovasculares
FELEJ	Fundação de Esportes, Lazer e Eventos de Joinville-SC
IELUSC	Associação Educacional Luterana Bom Jesus/Ielusc
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
INSS	Instituto Nacional do Seguro Nacional
IPPUJ	Instituto de Pesquisa e Planejamento para o Desenvolvimento Sustentável de Joinville-SC
LSE	Levantamento Socioeconômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PMJ	Prefeitura Municipal de Joinville
QV	Qualidade de Vida
SPSS	Statistical Package of the Social Sciences
UNIMED	Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico
UNIVILLE	Universidade da Região de Joinville
WHO	World Health Organization
WHOQOL-bref	World Health Organization of Life Instrument Bref Instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde
WHOQOL Group	Grupo WHOQOL

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1:	Mapa de localização geográfica do município de Joinville, Santa Catarina, Brasil (IPPUJ, 2009).....	34
FIGURA 2:	Distribuição da população em Joinville-SC no ano de 2010, segundo gênero e grupo etário.....	34
FIGURA 3:	Mapa de raciocínio para cálculo da população total.....	36
FIGURA 4:	População total estimada para os anos de 2009 e 2010.....	37
FIGURA 5:	Procedimento amostral do estudo.....	38
FIGURA 6:	Distribuição geográfica do município de Joinville (IPPUJ, 2009).....	45
FIGURA 7:	Temas das questões dos quatro domínios do questionário WHOQOL-bref.....	46
FIGURA 8:	Fluxograma dos procedimentos metodológicos do estudo.....	48

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1:	Média dos escores do WHOQOL- <i>bref</i> das sub-amostras estratificadas por grupo etário.....	74
GRÁFICO 2:	Média dos escores do WHOQOL- <i>bref</i> das sub-amostras estratificadas por estado civil.....	75
GRÁFICO 3:	Média dos escores do WHOQOL- <i>bref</i> das sub-amostras estratificadas pelo Índice de Massa Corporal (auto-relatado).....	76
GRÁFICO 4:	Média dos escores do WHOQOL- <i>bref</i> das sub-amostras estratificadas por classe econômica.....	77
GRÁFICO 5:	Média dos escores do WHOQOL- <i>bref</i> das sub-amostras estratificadas por ocupação profissional.....	78
GRÁFICO 6:	Média dos escores do WHOQOL- <i>bref</i> das sub-amostras estratificadas por região demográfica de Joinville-SC.....	79
GRÁFICO 7:	Média dos escores do WHOQOL- <i>bref</i> em relação ao tempo de participação (em meses) nas Academias da Melhor Idade.....	80
GRÁFICO 8:	Média dos escores do WHOQOL- <i>bref</i> em relação à frequência semanal nas Academias da Melhor Idade.....	81

LISTA DE TABELAS

TABELA 1:	Características gerais do município de Joinville, Santa Catarina, Brasil, no ano de 2009.....	33
TABELA 2:	Praças do Programa Academia da Melhor Idade, por região demográfica do município de Joinville-SC.....	40
TABELA 3:	Pontuação conforme divisão por classe econômica.....	43
TABELA 4:	Médias, erros-padrão e intervalo de confiança (IC) da idade dos usuários das AMI's de Joinville-SC, em relação ao gênero.....	51
TABELA 5:	Comparações sociodemográficas entre a amostra total da Academia da Melhor Idade e a população geral de Joinville-SC, segundo gênero e grupo etário.....	53
TABELA 6:	Distribuição das frequências absoluta (n) e relativa (%) de 256 usuários das Academias da Melhor Idade de Joinville-SC, segundo gênero.....	55
TABELA 7:	Comparação das médias dos escores dos domínios de qualidade de vida obtidas no Brasil e no mundo (WHOQOL-100) e dos usuários das Academias da Melhor Idade de Joinville-SC (WHOQOL- <i>bref</i>).....	61
TABELA 8:	Médias, erros padrão e intervalo de confiança (IC) do total de escores nos domínios físico, psicológico, social e meio ambiente de qualidade de vida dos usuários das Academias da Melhor Idade de Joinville-SC, segundo o gênero.....	62
TABELA 9:	Média dos escores e desvio padrão (DP) do WHOQOL- <i>bref</i> na amostra total e sub-amostras estratificadas por gênero, grupo etário, estado civil, Índice de Massa Corporal (auto-relatado), classes econômicas, ocupação profissional e região demográfica em Joinville-SC.....	65
TABELA 10:	Média dos escores e desvio padrão (DP) do WHOQOL- <i>bref</i> na amostra total e sub-amostras estratificadas por relato de doenças crônicas, cirurgia, tempo de participação no programa, frequência e grau de satisfação das Academias da Melhor Idade de Joinville-SC.....	70

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

Atualmente é discutido o papel da atividade física na melhoria da qualidade de vida (QV) em indivíduos maduros, principalmente quando se observa um aumento da longevidade, que geralmente, é acompanhado pelo sedentarismo e por um maior número de doenças crônico-degenerativas seguidas, muitas vezes, por um período prolongado de dependência e incapacidade, podendo acarretar um declínio na qualidade de vida.

Ao analisar o processo de envelhecimento como uma etapa da vida com ganhos e perdas em diferentes áreas, Mazo (2008) afirma que a atividade física pode ser um meio para tentar equilibrar ou minimizar o impacto das perdas biológicas e maximizar os ganhos psicossociais dessa etapa da vida, devendo ser parte essencial da vida do indivíduo. O exercício físico pode ser um fator protetor para uma série de males, entre os quais se destacam: obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes, osteoporose, depressão e o câncer de mama (TOSELLO e WINCKLER, 2004).

Estas vertentes estão atreladas à programas de atividade física ao ar livre, a quais sustentam a ideia de incentivar a prática da atividade física, inclusão social, saúde em geral, proporcionando bem-estar e crescente melhoria da qualidade de vida de seus usuários.

Este projeto é uma versão de uma atividade chinesa, que tem sido praticada nas ruas de Pequim por mais de 10 anos com resultados muito positivos, de acordo com as autoridades de saúde chinesas. No Brasil, seu primeiro projeto, chamado de "Academia da Terceira Idade - ATI" foi idealizado na cidade de Maringá, Estado do Paraná, no ano de 2006. O projeto visa aumento da qualidade de vida através da atividade física em praças públicas do município. Maringá faz parte da "Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis", associada a UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas) e IPES (Instituto de Pesquisas e Estudos Especiais), que desenvolveram vários projetos e ações de promoção da saúde (ZIOBER, 2009; LIMA, 2011).

Segundo relatos em jornais de circulação nacional, mais de 2.000 academias ao ar livre já foram adotadas no Brasil abrangendo mais de 1.300 municípios do país. O Estado de São Paulo possui 500 municípios que aderiram a esta iniciativa. Já no Estado de Santa Catarina, localizado no Sul do Brasil, mais de 10 municípios também aderiram a esta atividade (ZIOBER, 2009; LIMA, 2011).

O projeto consiste da instalação de uma academia ao ar livre, em praça ou parque, constando diferentes conjuntos de equipamentos para exercícios, diferentes das máquinas

convencionais disponíveis em academias de musculação. Quando implantado o Programa, os usuários das academias praticam atividade física regular, sob orientação de acadêmicos de graduação em educação física responsáveis por fornecer sugestões para exercícios, alongamentos e dinâmicas aos usuários,

Em Joinville o programa é chamado de "Academia da Melhor Idade" (AMI), disseminado em todas as áreas urbanas do município desde 2007, sob a coordenação da Fundação de Esportes, Lazer e Eventos de Joinville (FELEJ) e através de patrocínio da UNIMED-Joinville (Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico de Joinville). O público-alvo inicial do "Programa AMI" é a comunidade idosa, mas não há idade mínima para participar do projeto (exceto crianças). A coordenação de equipes, supervisão e manutenção nas 22 praças públicas é de responsabilidade da FELEJ. As equipes são compostas por alunos de graduação em educação física da Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE) e da Associação Educacional Luterana Bom Jesus/IELUSC que fornecem orientação e instrução para os praticantes de exercícios através do monitoramento, de segunda a sexta-feira, durante os turnos da manhã e da tarde.

A última década presenciou o crescimento exponencial da produção científica sobre qualidade de vida, e nos últimos anos, mensurar a QV vem assumindo importância cada vez maior, sob vários aspectos. O estado de qualidade de vida de um indivíduo, segundo Fleck *et al.* (2008), é descrito e medido conforme os níveis de funcionalidade em diferentes domínios, já que é um fenômeno inteiramente multidimensional e intrínseco a cada indivíduo.

Neste estudo foi utilizado o instrumento WHOQOL-*bref* (World Health Organization of Life Instrument *Bref*), internacionalmente reconhecido, desenvolvido e validado pela OMS, que contempla aspectos inerentes à qualidade de vida de um indivíduo em seus quatro domínios: físico, psicológico, social e meio ambiente. Conquanto, a partir dos resultados do perfil socioeconômico na amostra do presente estudo, houve a possibilidade de avaliar a qualidade de vida de acordo com cada domínio do WHOQOL-*bref*, bem como para as variáveis preditoras.

O instrumento WHOQOL-*bref* fornece valor inestimável na avaliação da qualidade de vida nos serviços de saúde. Na formulação de políticas públicas, permite monitoramento de mudanças políticas e reflete as questões que um grupo de peritos científicos. Prevê-se que em um futuro próximo, o instrumento será útil em pesquisa de políticas de saúde e irá tornar-se um aspecto importante da auditoria de rotina de saúde, social e de serviços (ORLEY, 1996).

Sabendo-se que até o presente momento não existem estudos nacionais sobre a interação da qualidade de vida, envelhecimento e atividade física em programas de academia

em praças públicas regionais, a relevância deste estudo é a de relacionar a atividade física gratuita com a qualidade de vida. Sendo assim, a avaliação da qualidade de vida aparece como desfecho relevante, pois pela sua multidimensionalidade é potencialmente capaz de detectar a magnitude e abrangência do comprometimento que o sedentarismo impõe. A QV constituiu uma faceta que contribuirá para a formulação de políticas e programas que visem à melhoria das assimetrias em saúde do idoso, em consonância com as diferenças socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas que caracterizam a população madura (adulta e idosa) do município de Joinville-SC.

Nessa perspectiva, observa-se que a atividade física regular em academias de praças públicas, surge como um meio para proporcionar um envelhecimento ativo, promovendo a saúde da população madura, mantendo o indivíduo engajado socialmente, tornando mais satisfatória sua vida e, conseqüentemente, melhorando sua qualidade de vida. Estes quesitos contemplam o Programa AMI, o qual induz as pessoas iniciarem e manterem-se na prática de atividade física regular. Para a Organização Pan-americana de Saúde (2003), a atividade física resulta em benefícios econômicos, reduzindo custos de atenção à saúde, aumentando a produtividade e gerando espaços físicos e sociais mais saudáveis. Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo principal descrever o perfil socioeconômico e a qualidade de vida dos usuários utilizando a pontuação do *WHOQOL-bref* para uma amostra da população dos usuários.

CAPÍTULO 2 – OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o perfil socioeconômico e a qualidade de vida em usuários do “Programa Academia da Melhor Idade (AMI)” no município de Joinville - SC.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil socioeconômico dos usuários das AMI's, segundo o gênero.
- Verificar os escores de qualidade de vida segundo os domínios físico, psicológico, social e meio ambiente;
- Identificar a ocorrência de associação da variável desfecho *qualidade de vida* às variáveis preditoras: gênero, idade, estado civil, índice de massa corporal relatado, classe econômica, ocupação profissional e região demográfica, tempo de participação e frequência.

CAPÍTULO 3 – REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ENVELHECIMENTO

A Organização Mundial da Saúde - OMS define a população idosa como aquela a partir dos 60 anos de idade. Este limite é válido para os países em desenvolvimento, subindo para 65 anos de idade quando se trata de países desenvolvidos (IBGE, 2002).

Os dados do Censo 2010 divulgados em 2011 apontam que o Brasil tem aumentado o número de pessoas na faixa etária acima de 65 anos. O alargamento do topo da pirâmide etária pode ser observado pelo crescimento da participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010, o que comprova que o Brasil é um país que caminha rapidamente para o envelhecimento populacional (IBGE, 2010d).

Do ponto de vista sociodemográfico, Carvalho e Andrade (2000, p. 82), afirmam que paralelamente à evolução cronológica, coexistem fenômenos de natureza biopsíquica e social, importantes para a percepção da idade e do envelhecimento. Nas sociedades ocidentais é comum associar o envelhecimento com a saída da vida produtiva por via da aposentadoria. São considerados velhos aqueles que alcançam 60 anos de idade, entretanto é difícil caracterizar uma pessoa como idosa utilizando como único critério a idade. Além disso, neste segmento conhecido como ‘terceira idade’ estão incluídos indivíduos diferenciados entre si, tanto do ponto de vista socioeconômico como demográfico e epidemiológico.

Conforme Deliberato (2002), as principais alterações biológicas causadas pelo passar dos anos são: “a diminuição da massa muscular e da densidade mineral óssea, a perda da força muscular, a deficiência da agilidade, da coordenação motora, do equilíbrio, da mobilidade articular e de várias funções orgânicas corporais, além da maior rigidez das cartilagens, dos tendões e dos ligamentos, maior trabalho ventilatório aos esforços, queda do tempo de reação e da condução nervosa e, menor número e tamanho dos neurônios.” O tempo e a maneira como se processam essas alterações dependem de cada indivíduo, do conjunto gênico de sua espécie e dos fatores ambientais incidentes, como hábito alimentar e estilo de vida.

De acordo com Mendes *et al.* (2005), o envelhecimento da população é um fenômeno mundial iniciado, a princípio, nos países desenvolvidos em decorrência da queda de mortalidade, a grandes conquistas do conhecimento médico, urbanização adequada das

idades, melhoria nutricional, elevação dos níveis de higiene pessoal e ambiental tanto em residências como no trabalho assim como, em decorrência dos avanços tecnológicos. Todos esses fatores começaram a ocorrer no final da década de 40 e início dos anos 50. Segundo o mesmo autor, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o aumento da expectativa de vida tem sido evidenciado pelos avanços tecnológicos relacionados à área de saúde nos últimos 60 anos, como as vacinas, o uso de antibióticos, quimioterápicos que tornaram possível a prevenção ou cura de muitas doenças. Aliado a estes fatores a queda de fecundidade, iniciada na década de 60, permitiu a ocorrência de uma grande explosão demográfica.

Carvalho *et al.* (2007), afirma que o fenômeno do envelhecimento é recente nos países latino-americanos que, até duas décadas atrás, tinham uma pirâmide etária dominada por jovens. Fruto da redução na taxa de fertilidade e do aumento da expectativa de vida, o processo de envelhecimento pode causar um grande impacto na economia e no sistema de saúde dos países que não estiverem preparados.

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (2008), o envelhecimento está acelerado, quando comparado aos processos observados a países desenvolvidos nas décadas anteriores. O Banco Mundial aponta que no Brasil haverá uma duplicação da população com 60 anos ou mais, no período entre 2007 e 2025. Esse aumento ocorreu, por exemplo, ao longo de 140 anos na França, e 86 anos na Suécia.

Segundo Inquérito Domiciliar realizado pelo Instituto Nacional do Câncer - INCA (2003), nos últimos 100 anos, a expectativa de vida cresceu consideravelmente e projeções indicam que esta tendência será mantida durante o século XXI. Este cenário indica sucesso em muitas áreas de conhecimento como, por exemplo, a saúde pública, e traz novos desafios já que, quanto maior a proporção de idosos no país, maior é a demanda aos sistemas públicos de saúde e seguridade social. Sendo assim, o novo desafio da saúde pública é fazer com que a população viva de forma mais saudável, com qualidade de vida, e não apenas por mais anos, apesar dos efeitos cumulativos associados à evolução do envelhecimento ou da doença.

Conforme dados do IBGE (2000, 2010ad), a expectativa de vida dos brasileiros aumentou 11 anos, onde as mulheres vivem mais anos que os homens. Em 1980 a expectativa de vida era de 62,57 anos e em 2009 a esperança de vida ao nascer foi de 73,17 anos, e segundo Revisão 2008 da Projeção da População do Brasil, poderá chegar a 81,29 anos em 2050. A explicação para esse crescimento de quase 11 anos são as conquistas sociais das últimas três décadas, principalmente em educação, saneamento básico e saúde. Em 30 anos a esperança de vida dos homens subiu de 59,60 anos para 69,42 anos. E das mulheres subiu de

65,70 para 77,01 anos. A diferença entre os sexos, que é de quase 8 anos têm várias explicações, mulheres tem o cuidado maior com a saúde; homens são mais expostos à mortes violentas no trânsito ou por homicídios.

As regiões Sudeste e Sul apresentam evolução semelhante da estrutura etária, mantendo-se como as duas regiões mais envelhecidas do País. As duas tiveram em 2010, 8,1% da população formada por idosos com 65 anos ou mais. Segundo o Censo Demográfico 2010, acentuou-se a tendência histórica de predominância feminina na população do Brasil, onde há uma relação de 96,0 homens para cada 100 mulheres, como resultado de um excedente de 3.941.819 mulheres em relação ao número total de homens (IBGE, 2010ab).

Detendo-se na percepção de saúde e condição funcional, o Inquérito Domiciliar do INCA (2003), mostra que a ocorrência de fatores de risco associados a problemas de saúde varia segundo sexo e situação social. Em mulheres, a obesidade, o sedentarismo, o *stress*, as conseqüências de gestações repetidas, a depressão e as pressões ligadas aos papéis sociais são apresentadas como fatores que aumentam os riscos de doenças. Já entre os homens, comportamentos de risco como excesso de consumo de álcool, tabagismo, maior exposição a situações de violência, acidentes e riscos ocupacionais são mais freqüentes e colaboram com aumento de riscos de problemas de saúde em longo prazo.

A sociedade tende a ver o envelhecimento como declínio, e os idosos podem acreditar que já é muito tarde para melhorar a sua saúde e a sua função física, desta forma, interiorizaram alguns estereótipos negativos sobre o envelhecimento. Urge a necessidade de averiguar quais aspectos os levam a diminuir sua qualidade de vida. Nesta perspectiva este estudo descreve a qualidade de vida dos usuários praticantes de atividade física regular.

Ao analisar o processo de envelhecimento como uma etapa da vida com ganhos e perdas em diferentes áreas, Mazo (2008) afirma que a atividade física pode ser um meio para tentar equilibrar ou minimizar o impacto das perdas biológicas e maximizar os ganhos psicossociais dessa etapa da vida, devendo fazer parte essencial da vida do indivíduo.

Estudo de Yao e Whu (2005), para comparação da saúde entre uma população saudável e populações com doenças usando os dados do Inquérito Nacional de Saúde 2001 (SNIS), em Taiwan, utilizou o instrumento de qualidade de vida (QV), WHOQOL-*bref*, resultando em respostas de 13.010 participantes com idades entre 20 e 65 anos, onde após controle da idade e de gênero, foram encontradas as mesmas percepções entre os grupos saudáveis e nos grupos de doença. A análise foi limitada a 5 doenças (doença pulmonar,

hipertensão, úlcera péptica, sinusite e doenças do fígado) em que pelo menos 200 pessoas tinham essa condição específica.

3.2 INATIVIDADE FÍSICA

Conforme Inquérito Domiciliar realizado pelo INCA (2003), a inatividade física é responsável por aproximadamente dois milhões de mortes no mundo. Anualmente, estima-se que ela seja responsável por 10-16% dos casos de cânceres de cólon, mama e de diabetes e 22% das doenças isquêmicas do coração. Nos Estados Unidos, o sedentarismo associado a uma dieta inadequada é responsável por aproximadamente 300 mil mortes por ano.

O rápido crescimento das doenças crônicas associadas à inatividade física vem sendo registrado tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. A maioria dos adultos nos países desenvolvidos são inativos. A inatividade física não representa apenas um risco de desenvolvimento de doenças crônicas, mas também acarreta um custo econômico para o indivíduo, para a família e para a sociedade. Prevalce em mulheres, idosos, indivíduos de baixo nível sócio-econômico e incapacitados. A partir da adolescência, as pessoas tendem a diminuir, de forma progressiva, o nível de atividade física (INCA, 2003).

Considerando que o sedentarismo já é visto como fator de risco primário para as doenças cardiovasculares, sendo identificada sua prevalência, torna-se fundamental a identificação dos determinantes da atividade física, para serem propostos modelos de incentivação e adoção da manutenção da prática de atividades físicas, bem como estratégias para incentivar a população a adotar o estilo de vida ativo fisicamente e com qualidade de vida (PITANGA, 2002).

Para Mazo (2008) os fatores biológicos e psicossociais que influenciam o sedentarismo de adultos e idosos são geralmente acompanhados pelas doenças, incapacidades e dependência. Nesse sentido, um estilo de vida ativo deve ser encarado como uma forma de quebrar o círculo vicioso de aumento da '*idade-sedentarismo-doença-incapacidade*', com os estereótipos de uma velhice sem movimento e sem participação ativa na sociedade.

Atualmente vem se constatando que a prática de atividades físicas executadas regularmente é um fator que melhora o bem-estar pessoal e social, sendo que a pouca prática de atividade física pode levar ao sedentarismo, visto como um problema mundial de saúde e que pode interferir diretamente na qualidade de vida (PATE *et al.*, 1995).

3.3 ATIVIDADE FÍSICA

Entre os critérios de avaliação de qualidade de vida, a atividade física (AF) representa um critério importante, onde um bom condicionamento físico envolve a melhor capacidade do indivíduo nos aspectos de locomover-se, integrar-se socialmente, sentir-se apto para realizar as suas necessidades de vida diária, contribuindo na melhoria da qualidade de vida (NAHAS, 2003).

O termo atividade física é utilizado muitas vezes sem uma clareza conceitual e confundido com aptidão física e exercício físico. Os termos "atividade física" e "exercício físico" frequentemente são considerados como equivalentes, porém não são sinônimos (MAZO, 2008). Exercício físico e aptidão física são diferentes, porém pode-se inter-relacioná-la, onde a primeira é uma opção comportamental, enquanto que a segunda é parcialmente determinada por fatores genéticos, sendo que o exercício físico regular pode melhorar a aptidão física (PITANGA, 2002).

Conforme Caspersen *et al.* (1985) “atividade física é qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética, portanto voluntário, que resulte em um gasto energético maior do que os níveis de repouso”. Mazo (2008) entende exercício físico como “uma subcategoria da atividade física que é planejada, estruturada e repetitiva, com a intenção de melhorar ou manter um ou mais elementos da aptidão física. E aptidão física, o conjunto de características possuídas ou adquiridas por um indivíduo, relacionadas com a capacidade de realizar atividades físicas.”

Pitanga (2002) afirma que a partir da era epidemiológica das doenças crônico-degenerativas surgiram diversos estudos relacionando à atividade física como meio de promoção da saúde, onde a prática regular de AF está associada à diminuição no risco de doença arterial coronariana, diabetes, hipertensão, osteoporose. Mazo (2008) aponta ainda que pesquisas sobre o efeito do exercício na prevenção de perda óssea, osteoporose, fraturas e quedas, podem melhorar o equilíbrio e a força muscular (especialmente nas extremidades inferiores) e podem fornecer benefício protetor adicional contra as quedas em idosos.

Segundo a OMS, “a prática de atividade física regular reduz o risco de mortes prematuras, doenças do coração, acidente vascular cerebral, câncer de cólon e mama e diabetes. Atua na prevenção ou redução da hipertensão arterial, previne o ganho de peso (diminuindo o risco de obesidade), auxilia na prevenção ou redução da osteoporose, promove bem-estar, reduz o estresse, a ansiedade e a depressão. Adicionalmente, o condicionamento

físico obtido através do exercício, reduz a mortalidade e a morbidade, mesmo em indivíduos que se mantêm obesos” (INCA, 2003).

De acordo com a Estratégia Mundial sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, pela OMS (OPAS, 2003), “a promoção de atividade física interage de maneira positiva com as estratégias para melhorar os hábitos alimentares, desencorajar o tabagismo e o consumo de álcool e drogas, reduzir a violência, aprimorar a capacidade funcional e promover a integração social.”

Conforme a OPAS (2003), a atividade física também resulta em benefícios econômicos reduzindo custos de atenção à saúde, aumentando a produtividade e espaços físicos e sociais mais saudáveis. Dados de países desenvolvidos indicam que os custos diretos da inatividade são muito grandes. Nos Estados Unidos, por exemplo, a participação dos custos associados à falta de atividade e obesidade nas despesas em saúde foi de 9,4% em 1995. Os indivíduos fisicamente ativos economizaram US\$500.000 por ano em custos de atenção à saúde, conforme dados de 1998. Somente a falta de exercício pode ter apresentado cerca de US\$75 bilhões aos custos médicos nos EUA no ano de 2000. Já no Canadá, esse problema é responsável por 6% do custo total de atenção à saúde.

Vilela Jr. *et al.* (2007) em pesquisa na cidade de Fortaleza, Estado do Ceará, utilizando o WHOQOL-*brief*, concluíram que mulheres idosas (com mais de 60 anos) “praticantes de exercício físico apresentam melhores resultados de qualidade de vida do que o grupo não praticante em todos os domínios do WHOQOL-*brief*”, ressaltando assim a influência positiva do exercício físico na qualidade de vida das mulheres.

3.4 SOBREPESO

Segundo INCA (2003), os fatores genéticos desempenham papel importante na determinação da suscetibilidade do indivíduo para o ganho de peso, porém são os fatores ambientais e de estilo de vida, tais como hábitos alimentares inadequados e sedentarismo, que geralmente levam a um balanço energético positivo, favorecendo o surgimento da obesidade (WHO, 2011; HHS, 2001; BRAY e POPKIN, 1998).

Para Dasa (2009), “as pessoas com maior risco de se tornarem hipertensas são aquelas com excesso de peso, que não tem uma alimentação saudável, ingerem muito sal, não fazem exercícios físicos, consomem em excesso bebida alcoólica, são diabéticos ou têm familiares

hipertensos. O risco aumenta com a idade. Após os 55 anos, mesmo as pessoas com pressão arterial normal na juventude, têm 90% de chances de desenvolver a hipertensão”.

Todavia, a obesidade é uma doença crônica, que envolve fatores sociais, comportamentais, ambientais, culturais, psicológicos, metabólicos e genéticos. Caracteriza-se pelo acúmulo de gordura corporal resultante do desequilíbrio energético prolongado, que pode ser causado pelo excesso de consumo de calorias e/ou inatividade física (HHS, 2001; WHO, 2000).

Conforme o HHS (2001), além das conseqüências para a saúde, o sobrepeso e a obesidade também acarretam conseqüências socioeconômicas substanciais. “Os custos do excesso de peso para os sistemas de saúde são altos e podem ser diretos e indiretos. Os diretos envolvem gastos com o tratamento da obesidade e as suas conseqüências. Entre os indiretos, encontram-se a perda de renda pela redução da produtividade e do absenteísmo devido à doença ou incapacidade e a perda de renda futura devido a mortes prematuras.”

A prevalência de sobrepeso e obesidade vem aumentando no mundo, sendo considerada importante problema de saúde pública tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento (IASO, 201). Em 2002, estimativas da OMS apontavam para a existência de mais de um bilhão de adultos com excesso de peso, sendo 300 milhões considerados obesos (WHO, 2011). Seguindo a tendência mundial, a prevalência de sobrepeso e obesidade no Brasil está aumentando (MENDONÇA e ANJOS, 2004).

O excesso de peso corporal pode ser estimado por diferentes métodos ou técnicas, como pregas cutâneas, relação cintura-quadril, ultra-som, ressonância magnética, entre outras (NIH, 1998). Entretanto, segundo INCA (2003), devido a sua simplicidade de obtenção, baixo custo e correlação com a gordura corporal, o Índice de Massa Corporal (IMC) tem sido amplamente utilizado e aceito para estudos epidemiológicos.

De acordo com INCA (2003), “apesar do IMC não representar a composição corporal, vem sendo utilizado como uma medida aproximada de gordura total, visto que é altamente correlacionado com a gordura corporal. Entre as limitações do uso do IMC está o fato de que este indicador pode superestimar a gordura em pessoas muito musculosas e subestimar gordura corporal de pessoas que perderam massa muscular, como no caso de idosos.”

Conforme WHO (1995) e NIH (1998), o IMC é obtido a partir da divisão do peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros (kg/m^2), onde a classificação é adotada da seguinte forma:

- Baixo peso: $\text{IMC} \leq 18 \text{ kg}/\text{m}^2$
- Peso Normal: $\text{IMC} = 18,5 \leq 24,9 \text{ kg}/\text{m}^2$

- Sobrepeso: $IMC \geq 25$ e $\leq 29,9$ kg/m^2
- Obesidade: $IMC \geq 30$ e ≤ 40 kg/m^2 (anteriormente denominada obesidade mórbida).

O IMC está aumentando em muitas populações. Estudos recentes mostram que as pessoas que já foram subnutridas na infância e obesas quando adultas, tendem a desenvolver doenças como hipertensão, cardiopatias e diabete, acarretando complicações mais graves do que com as que nunca foram subnutridas (OPAS, 2003).

De acordo com os dados do Ministério da Saúde de 1993, aproximadamente 32% da população brasileira apresentam sobrepeso, sendo esta taxa de 38% para o sexo feminino e de 27% para o sexo masculino. A obesidade foi encontrada em 8% da população brasileira (SBC, 2007a).

Estudo de Tavares e Anjos (1999) sobre o perfil antropométrico da população idosa brasileira descreve o perfil nutricional de idosos com idade igual ou superior a sessenta anos, utilizando IMC como indicador do estado nutricional segundo recomendação da OMS (WHO, 1995), e as variáveis idade, gênero, região e situação do domicílio no país (urbana/rural), renda, escolaridade e qualidade de moradia. As prevalências gerais de magreza e sobrepeso foram, respectivamente, 7,8% e 30,4% em homens e 8,4% e 50,2% em mulheres - mais elevadas que na população adulta jovem.

Ao avaliar o estado nutricional e o consumo de macronutrientes de idosos da cidade de Joinville-SC, no estudo de Mastroeni *et al.* (2007), indivíduos com média de idade de 68,4 anos, sendo maioria mulheres (59,3%), onde estas apresentaram valores médios de IMC, perímetro do braço e prega cutânea tricipital significativamente ($p < 0,05$) maiores que os homens.

3.5 QUALIDADE DE VIDA

Segundo a OMS, qualidade de vida (QV) refere-se à percepção que um indivíduo tem de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e dos sistemas de valores em que vive, em relação a suas expectativas, seus padrões, preocupações e interesses pessoais. É considerada um construtor multidimensional com significados diferenciados segundo a diversidade de contextos de vida, entre as dimensões que lhe dão significado, destacam-se a manutenção da capacidade funcional, a satisfação geral, a realização pessoal, o estado emocional e a interação social (ZAHAR *et al.*, 2001; THE WHOQOL GROUP, 1998b).

Apesar de haver um consenso sobre a importância de avaliar a qualidade de vida, seu conceito ainda é um campo de debate. Alguns autores reconhecem a complexidade e a dificuldade de conceituar de forma adequada, tratando-a como uma variável “emergente” (GLADIS *et al.*, 1999; THE WHOQOL GROUP, 1998b). Para Fleck *et al.* (2008), não existe uma definição amplamente adotada de qualidade de vida, porque o termo é usado em contextos diferentes e por pessoas diferentes, contudo, observamos que as definições de qualidade podem ter uma visão quantitativa e qualitativa da mesma.

De modo geral, a qualidade de vida pode ser associada a diversos enfoques, como de acordo com Simões (2007, p.170) “ao acréscimo de experiências relevantes depois que as necessidades básicas estão satisfeitas; a oportunidade de praticar atividades físicas regulares visando à saúde e ao combate ao estresse; o estabelecimento de conhecimentos necessários ao consumo de produtos e serviços culturais; ou mesmo pela construção de um novo estilo de vida, em que vivências significativas constituem – se fator de satisfação e felicidade”.

O conceito de QV para Fleck *et al.* (2008) deve se restringir à avaliação ou à satisfação subjetivas com um conjunto de domínios específicos que são considerados os mais importantes pelas pessoas em geral, tais como saúde, relações pessoais, capacidade de realizar tarefas diárias, condições de vida, a segurança financeira, transporte, moradia e a vida em geral em particular.

Fleck *et al.* (2008, p. 26) considera que uma “boa qualidade de vida” está presente quando as esperanças e as expectativas de um indivíduo são satisfeitas pela experiência. “Essas expectativas são modificadas pela idade e pela experiência. O estado de QV de uma pessoa é descrito e medido conforme os níveis de funcionalidade em diferentes domínios, já que é um fenômeno inteiramente multidimensional.” Sendo, todavia um conjunto de níveis de funcionalidade ou capacidades a qual é intrínseco a cada indivíduo.

Minayo *et al.* (2000), relatam que a qualidade de vida refere-se a uma representação social criada a partir de parâmetros subjetivos e objetivos, cujas referências são baseadas na satisfação das necessidades desenvolvidas em determinada sociedade. “O aspecto subjetivo é essencial porque leva em consideração o entendimento do sujeito sobre sua condição de saúde/doença, sua satisfação com a vida e o seu bem-estar psicológico. O componente objetivo está relacionado aos indicadores fisiológicos e às estatísticas populacionais. Ao considerar que QV é um valor subjetivo, a mesma só pode ser avaliada pela própria pessoa cuja QV está sendo mensurada.”

Carvalho (2007) afirma que “o termo qualidade de vida passou a representar aspectos que transcendem valores apenas quantitativos, como índices epidemiológicos e econômicos, e

passou a buscar instrumentos que avaliem também o bem-estar físico, mental e social de uma população, considerando ainda as diferenças culturais que estão baseadas em aspectos objetivos e subjetivos da percepção humana”.

No entanto, a busca da operacionalização e do desenvolvimento de instrumentos capazes de medir QV vem exigindo empenho considerável nos níveis: conceitual, metodológico, psicométrico e estatístico. Os instrumentos atuais que se propõem a avaliar a QV se multiplicam exponencialmente, trazendo uma avalanche de dados e, por vezes, influenciando políticas de saúde, sem, no entanto, saber-se ao certo o que, de fato, estão medindo (HUNT, 1997). Fleck *et al.* (2008) destaca que os instrumentos disponíveis até então podem gerar medidas fidedignas para tais conceitos, mas muitos não abrangem de forma adequada o construto qualidade de vida.

A Fundação Perseu Abramo (FPA) e o Serviço Social do Comércio (SESC) juntaram-se para realizar a pesquisa ‘*Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na 3ª idade*’ (2007), que teve como principais objetivos ouvir dos próprios idosos como estes se sentem a respeito de sua idade e de sua inserção na sociedade. Os resultados apurados a partir dos 3.759 questionários respondidos, distribuídos nas cinco regiões do país demonstram a falta de informação na sociedade sobre a velhice e sobre as reais necessidades dos idosos, sejam elas físicas, morais, sociais, culturais e/ou de garantia de direitos. Ratifica-se a importância da descrição da qualidade de vida nas populações, tendo em vista assegurar a saúde ao idoso.

3.5.1 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA – WHOQOL

A última década houve crescimento exponencial da produção científica sobre qualidade de vida. Na busca da elaboração de um instrumento para avaliação da QV da população ao redor do mundo, dentro de uma perspectiva genuinamente internacional fez com que a OMS organizasse um projeto colaborativo multicêntrico, onde reuniu um grupo de pesquisadores sobre qualidade de vida formando o “World Health Organization Quality of Life Group” (THE WHOQOL GROUP, 1998).

De acordo com Sales *et al.* (2001), “o WHOQOL Group propôs o estudo da qualidade de vida baseando-se em três aspectos referenciais: subjetividade, multidimensionalidade e presença de dimensões positivas (p.ex. capacidade de trabalho) e negativas (p.ex. sono, dor).”

De acordo com Orley (1996), a OMS possui dois instrumentos para medir a qualidade de vida (o WHOQOL-100 e o WHOQOL-bref), que podem ser usados em uma variedade de

contextos culturais, permitindo simultaneamente que os resultados em diferentes populações e países ser comparados. Estes instrumentos têm muitos usos, incluindo o uso na prática médica, política de investigação, auditoria e na tomada.

O WHOQOL-100 é um instrumento bastante complexo e amplo, adequado e potente para avaliações individuais, porém pode ser muito longo para outros usos. Contudo, houve a necessidade de versões mais práticas, que demandassem pouco tempo para o seu preenchimento. Sendo assim, levou o mesmo grupo a abreviá-lo e criar o WHOQOL-*bref* com apenas 26 questões que mantiveram as mesmas propriedades psicométricas do instrumento original (FLECK *et al.*, 2000).

O Grupo WHOQOL (1998a), traduziu, adaptou e validou para a população brasileira o WHOQOL-100 no ano de 1998, e o WHOQOL-*bref* no ano de 2000, possibilitando um trabalho sistematizado e integrado nacionalmente na avaliação da qualidade de vida no Brasil. Os instrumentos possuem características psicométricas que preenchem os critérios de desempenho exigidos: consistência interna, validade discriminante, validade convergente, validade de critério, fidedignidade de teste-reteste (FLECK *et al.*, 2008).

3.5.2 DOMÍNIOS DO WHOQOL-BREF

Componentes como atividade física, condições sociais, condições físicas, psicológicas e sociais, expressam a qualidade de vida de uma pessoa, que neste estudo são avaliados especificamente com a utilização do questionário WHOQOL-*bref* com a análise em seus quatro domínios.

No WHOQOL-*bref* o **domínio físico** observa as condições de dor, desconforto, energia, fadiga, sono e repouso, mobilidade e atividades da vida cotidiana; o **domínio psicológico**, sobre sentimentos, memória, concentração, auto-estima, imagem corporal; o **domínio social** observa as relações pessoais, apoio social e atividade sexual; e o **domínio meio ambiente** observa a segurança física, recursos financeiros, cuidados com a saúde, oportunidade de adquirir novas informações e de lazer, transporte e as condições do ambiente físico (FLECK *et al.*, 2008).

Segundo Fleck *et al.* (2008), a metodologia desenvolvida pela OMS não apresenta padrões ou médias estatísticas do WHOQOL-*bref* com padrão de “boa” ou “má” qualidade de

vida, porém, com a aplicação do questionário, o presente estudo irá em busca de assemelhar metodologia, média e valores com pesquisas já desenvolvidas no Brasil .

O WHOQOL-*bref* produz o perfil da qualidade de vida, onde é possível derivar quatro pontuações de domínio. Há também dois itens que são examinados separadamente: uma estão (1ª pergunta) sobre percepção individual global da qualidade de vida, e (2ª pergunta) sobre percepção individual geral de sua saúde. Os quatro escores dos domínios denotam uma percepção individual da QV em cada domínio particular. Escores dos domínios são escalados em uma direção positiva (escores maiores, ou seja, denotam maior qualidade de vida). A pontuação média dos itens dentro de cada domínio é usada para calcular a pontuação de domínio (ORLEY, 1996).

O questionário WHOQOL-*bref* é de auto-resposta a qual retrata como o indivíduo se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por isso a importância de responder atentamente todas as questões, escolhendo entre as alternativas que pareça mais apropriada, tendo em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. O indivíduo deve ser enfatizado que todo o questionário refere-se às duas últimas semanas, independente do local onde o indivíduo se encontre. (FLECK *et al.*, 2008).

Em estudo descritivo de Bittencourt e Hoehne (2009) para avaliar a QV de familiares de pessoas surdas atendidas em um centro de reabilitação (CEPRE/FCM/UNICAMP), utilizou-se o instrumento WHOQOL-*bref* onde quinze famílias entrevistadas, na maioria do sexo feminino (93,3%), todos ouvintes, donas de casa, idade média de 44 anos - de um modo geral, os familiares entrevistados consideraram ter uma qualidade de vida boa e muito boa. O estudo revelou melhor QV nos aspectos físicos (73,8) e das relações sociais (72,2) e uma menor percepção de QV no domínio de meio ambiente (51,8), provavelmente pelas próprias características socioculturais dos entrevistados, e no domínio psicológico (63,3), que pode estar relacionado à vivência da surdez de um filho.

3.6 ACADEMIAS DA MELHOR IDADE

Praticar atividade física em ambiente público a céu aberto é uma versão antiga, que tem sido praticada nas ruas de Pequim, China, por mais de 10 anos, com resultados muito positivos, de acordo com as autoridades de saúde chinesas (LIMA, 2011). Já existem programas de atividade física ao ar livre no Brasil, sendo pioneiro no município de Maringá, estado do Paraná, empenhado em melhorar a qualidade de vida da população, Maringá faz

parte da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis, ligada a UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas) e IPES (Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade), que desenvolve vários projetos e ações na área da promoção da saúde. Uma dessas ações foi a implantação da “Academia da Terceira Idade - ATI” que objetiva incentivar a prática de atividade física, inclusão social, melhora da auto-estima dos praticantes e da saúde em geral.

Inúmeras cidades pertencentes à Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis também aderiram ao projeto. No país, são mais de 2.000 academias ao ar livre abrangendo mais de 1.300 municípios do país. O Estado de São Paulo, por exemplo, possui 500 municípios que aderiram a esta iniciativa. Já no Estado de Santa Catarina, localizado no Sul do Brasil, são mais de 10 municípios que aderiram esta atividade (ZIOBER, 2009).

O projeto de academias ao ar livre consiste da instalação de uma academia em praça ou parque, de diferentes conjuntos de equipamentos para exercícios estruturados em canos de metal, pintado de cores vibrantes e completamente, diferentes das máquinas convencionais disponíveis em academias de musculação. Quando implantado o Programa de academias ao ar livre, os usuários das academias praticam atividade física regular sob orientação de acadêmicos de graduação em educação física responsáveis por fornecer sugestões para exercícios, alongamentos e dinâmicas aos usuários.

Conforme Ziober (2009), “a Agência Nacional de Saúde de Maringá-PR, aponta que 15% dos usuários de plano de saúde possuem mais de 60 anos de idade, porém 85% dos gastos dos planos de saúde são justamente com esses 15%. Sendo assim, era preciso proporcionar a prática de atividade física de maneira segura. Em poucos meses o ‘Projeto ATI’ já sinalizava sua força antes mesmo da inauguração da quinta academia. Pesquisas revelaram uma redução de 40% na frequência dos idosos nos postos de saúde e redução de 30% na retirada de anti-inflamatórios, analgésicos e antidepressivos”.

Frente ao aumento da expectativa de vida e a necessidade de desenvolver pesquisas que envolvam o público da terceira idade, evidenciou-se que durante consulta de acervo bibliográfico, em âmbito nacional há uma escassez de pesquisas que envolvam abordagem da qualidade de vida, atividade física e envelhecimento em praças públicas a céu aberto.

3.6.1 PROGRAMA AMI (Joinville-SC)

Segundo a Fundação Instituto de Pesquisa e Planejamento para o Desenvolvimento Sustentável de Joinville – IPPUJ (2009), a Academia da Melhor Idade (AMI) é um projeto

desenvolvido pela Prefeitura Municipal de Joinville, através da Fundação de Esportes, Lazer e Eventos de Joinville – FELEJ.. O Programa tem como principal objetivo incentivar a prática da atividade física, inclusão social, auto-estima, saúde em geral, proporcionando bem-estar e uma crescente melhoria da qualidade de vida. O público alvo do Programa AMI é a comunidade da terceira idade, onde cerca de 200 alunos recebem monitoramento de profissionais especializados em horários pré-determinados (IPPUJ, 2009).

A FELEJ consta de uma equipe de coordenação, supervisão e manutenção para atender as 22 praças do Programa da Academia da Melhor Idade. O Programa conta com acadêmicos de Educação Física da Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE) e do Instituto Superior e Centro Educacional Luterano Bom Jesus (IELUSC), para orientação e prática correta de exercícios dos praticantes, sendo em horários monitorados, de segunda à sexta-feira, nos turnos matutinos e vespertinos. O cadastramento dos usuários é coletado pelos monitores através dos instrumentos: Ficha de Anamnese - AMI (Anexo III) e Termo de Responsabilidade - AMI (Anexo IV).

3.6.1.1 Considerações sobre o município de Joinville, Santa Catarina, Brasil

Conforme dados socioeconômicos fornecidos pela Sala de Situação em Saúde do Ministério da Saúde, o estado de Santa Catarina é o vigésimo maior estado da nação brasileira, o décimo primeiro mais populoso, além de ser o nono mais povoado com 293 municípios. Sua população estadual é de 6.118.727 habitantes, onde 3.007.979 são do sexo masculino e 3.044.608 do sexo feminino (BRASIL, 2010a). As características gerais do município de Joinville, estado de Santa Catarina, encontram-se descritas na tabela 1, referente ao ano de 2009 (IBGE, 2010abc; 2011b), sendo que dos 515.288 habitantes, 49,6% equivale à população urbana masculina e 50,4% à população urbana feminina.

De acordo com a Fundação Instituto de Pesquisa e Planejamento para o Desenvolvimento Sustentável de Joinville - IPPUJ (2009), o município de Joinville está localizado na região sul do país (Figura 1), pólo da microrregião nordeste do Estado de Santa Catarina. É a maior cidade catarinense, responsável por cerca de 20% das exportações catarinenses. É também o 3º maior pólo industrial da região sul, com volume de receitas geradas aos cofres públicos inferior apenas às capitais Porto Alegre-RS e Curitiba-PR.

Tabela 1: Características gerais do município de Joinville, Santa Catarina, Brasil, no ano de 2009.

Características	
Área da unidade territorial (km ²)	1.146,87 km ²
População	515 288 habitantes
População Masculina	255.756 habitantes
População Feminina	259.532 habitantes
Região Geográfica	Plana
Número de Idosos (>60 anos)	45.404 habitantes

Fonte: IBGE, 2010 e 2011; Brasil, 2010.

A população de Joinville tem seguido uma tendência brasileira nos últimos anos, em que cresce cada vez mais o número de idosos e diminui a quantidade de crianças. Números do Censo de 2010, divulgados em 29 de abril de 2011, comprovam a menor natalidade entre as famílias e a maior longevidade para as pessoas acima de 60 anos. Mesmo o município tendo 515.288 habitantes, 85.684 a mais do que na década passada, a população infantil de 0 a 9 anos teve redução nos últimos anos. Diferentemente do que tem acontecido com os idosos. Se há 11 anos, o número de pessoas com mais de 60 anos era de 28.235, no ano de 2009 essa marca foi ultrapassada, chegando a 45.404 idosos. Em compensação o número de centenários reduziu, pois em 2000 eram 37, e em 2010 passou para 25 (IBGE, 2010d; IBGE 2011b; IBGE, 2002).

A figura 2 demonstra a sinopse dos resultados do Censo 2010, destacando a distribuição da população residente em Joinville-SC no ano de 2010 segundo o gênero e o grupo etário (IBGE, 2011b). Segundo a pirâmide etária, a população de Joinville com idade superior à quarenta anos totaliza 1.363.033 (33,9%) de habitantes, sendo 16,1% homens e 17,8% mulheres.

De acordo com o Censo de 2010, cerca de 96,62% dos habitantes viviam em áreas urbanas. Joinville é a terceira cidade economicamente mais importante do sul do Brasil, com o maior PIB do país per capita (cerca de \$ 16.790,00 EUA/ano) e uma taxa de alfabetização de 96,59%. A cidade tem uma das melhores pontuações do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) entre os municípios brasileiros (0,857), mantendo a posição décima terceira a nível nacional (IBGE, 2011b; UNDP, 2011).



Figura 1: Mapa da localização geográfica do município de Joinville, estado de Santa Catarina, Brasil (IPPUJ, 2009).

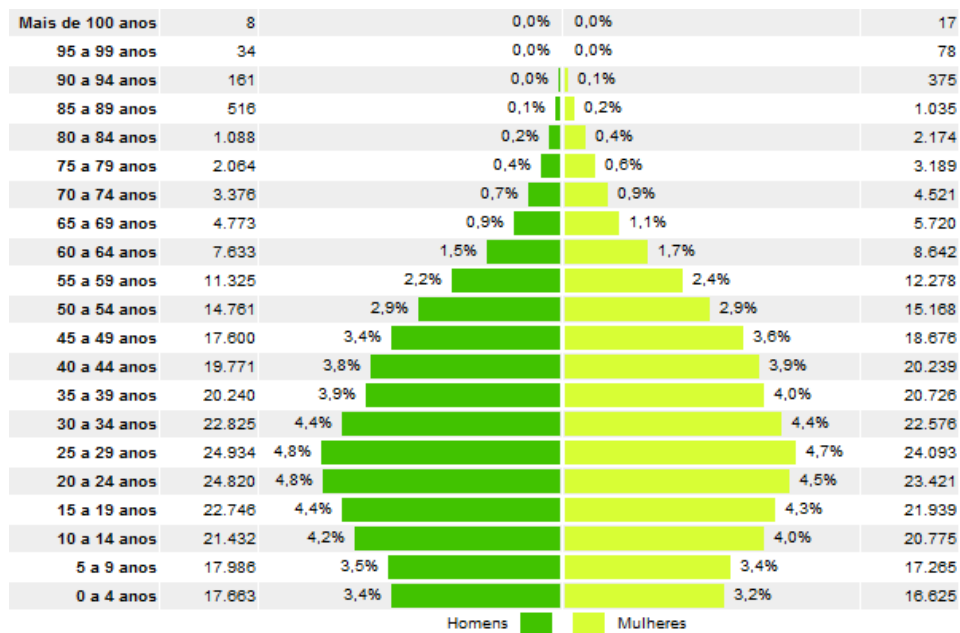


Figura 2: Distribuição da população residente em Joinville-SC no ano de 2010, segundo gênero e grupo etário (IBGE, 2011).

CAPÍTULO 4 – MÉTODOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de estudo analítico, transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido na cidade de Joinville-SC, no período de julho a dezembro de 2010, aplicado na forma de entrevistas com questionário semi-estruturado, envolvendo 256 usuários de 22 praças públicas das “Academias da Melhor Idade” (Tabela 2) da Fundação de Esportes, Lazer e Eventos de Joinville – FELEJ.

Variáveis preditoras ou independentes" / "Variável de desfecho ou dependente";

4.1.1 VARIÁVEL DESFECHO OU DEPENDENTE

A variável dependente são os escores de qualidade de vida em seus quatro domínios: físico, psicológico, social e meio ambiente.

4.1.2 VARIÁVEIS PREDITORAS OU INDEPENDENTES

As variáveis relacionadas à identificação dos usuários utilizados para este estudo foram: gênero, idade, estado civil, índice de massa corporal (auto-relatado), classe econômica, ocupação profissional, região demográfica, tempo de participação (em meses), frequência semanal e satisfação com o programa AMI.

4.2 POPULAÇÃO

Devido ao fato de ser um programa ainda em plena fase de implementação, não existem registros confiáveis de quantos usuários utilizam cada uma das 22 praças do estudo. Adotou-se como critério para encontrar a população total a informação oficial do IPPUJ para o ano de 2009, fazendo-se a projeção de aumento, calculada para o ano de 2010.

Segundo dado oficial do IPPUJ (2009, p. 145), “o público alvo do Programa AMI é a comunidade da terceira idade, cerca de 200 alunos recebem monitoramento de profissionais especializados em horários pré-determinados”. Esse dado leva em conta a existência de 18 praças com monitoramento no ano de 2009.

Para encontrar a população total baseou-se no dado oficial do IPPUJ para o ano de 2009. O cálculo de projeção para a população de indivíduos por praça encontrado foi de aproximadamente 11,1 usuários. Dessa forma, foi projetado para o ano de 2010, com aumento real de 10%, cerca de 270 usuários nas AMI's conforme mapa de raciocínio ilustrado abaixo.

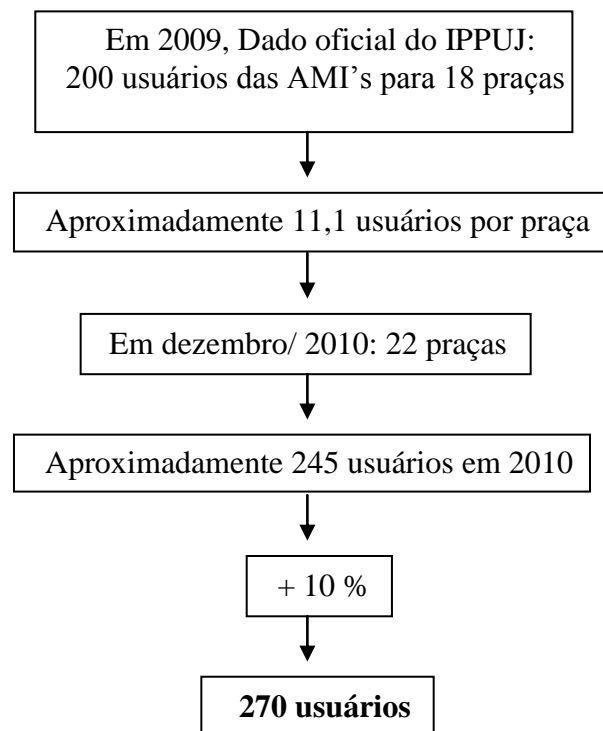


Figura 3: Mapa de raciocínio para cálculo da população total.

Portanto, a população total das AMI's distribuídos em 22 praças foi estimada em 270 usuários para o ano de 2010, conforme ilustrado na figura 4.

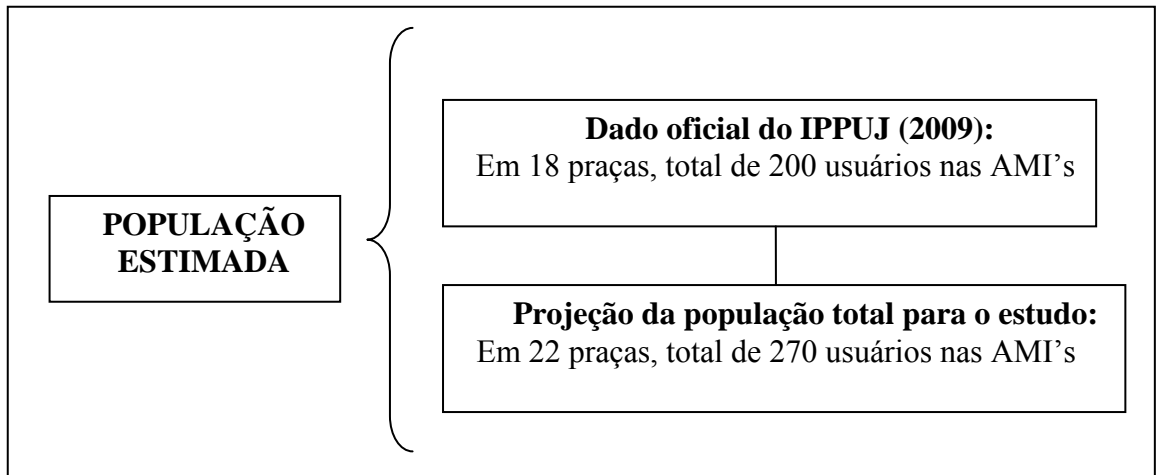


Figura 4: População total estimada para os anos de 2009 e 2010.

4.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos do estudo os usuários das AMI's com as seguintes características:

- Com idade inferior a quarenta anos;
- Aquele usuário que frequentou a AMI menos de três vezes por semana;
- Sem acompanhamento monitorado (atividade supervisionada);
- Formulários com preenchimento incompletos (=perdas).

4.4 AMOSTRA

Buscando-se aproveitar ao máximo os recursos disponíveis do número de monitores nas praças e tendo em vista a escassez de informações precisas da quantidade de usuários devidamente cadastrados, a amostra total do estudo foi obtida por conveniência. Assim sendo, o total de entrevistas coletadas no período de julho à dezembro de 2010 foram de 289 usuários em 22 praças das AMI's. O fato do número da população coletada (289) exceder o número da população estimada (270) do estudo, deve-se ao aumento constante de cadastramento de usuários nas AMI's, pois o "Programa AMI" ainda está em plena fase de implementação no município, sobretudo pelo aumento da população no município que encontra-se numa crescente.

Os sujeitos do estudo foram compostos por 289 usuários das AMI's, e devido à 33 perdas/preenchimentos incompletos no formulário, a amostra investigada foi constituída de

256 usuários das AMI's, sendo 63 homens e 193 mulheres. Estes usuários incluídos no estudo possuem idade igual ou superior a quarenta anos, de ambos os sexos, os quais a utilizam as AMI's apenas nos horários monitorados (atividade supervisionada de segunda à sexta-feira, nos turnos matutino e vespertino), que praticam mais de duas vezes por semana, e que são residentes na cidade de Joinville - SC, no ano de 2010. A figura 5 mostra a composição da amostra.

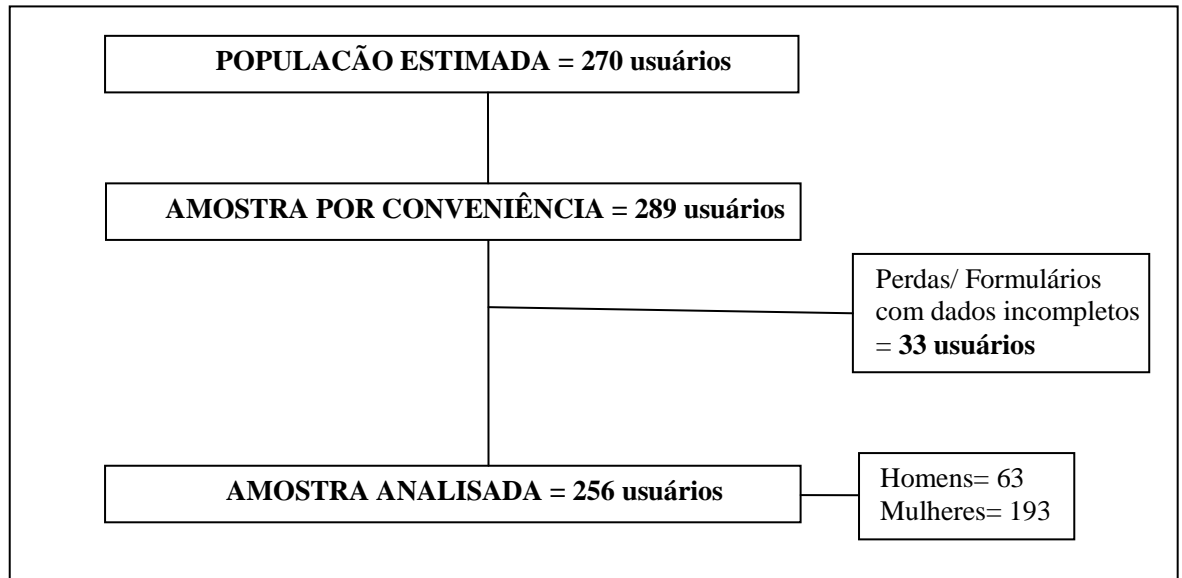


Figura 5: Procedimento amostral do estudo.

4.5 TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES

Para garantir a homogeneidade na coleta de dados, foi desenvolvido um treinamento entre os entrevistadores ministrado pela pesquisadora e sob orientação do professor responsável pelo estudo, com base nos instrumentos da pesquisa. Os treinamentos foram realizados em diversas ocasiões na FELEJ e no auditório da UNIMED, conforme disponibilidade dos monitores e cronograma de contratação dos mesmos, no período compreendido entre julho a novembro de 2010. Ao total, foram seis encontros, onde as datas dos treinamentos foram: 09/07/2010, 20/08/2010, 14/09/2010, 28/09/2010, 08/10/2010, 10/11/2010.

Os monitores são acadêmicos do curso de Educação Física da Universidade da Região de Joinville (Univille) e da Associação Educacional Luterana Bom Jesus/Ielusc. Estes acadêmicos realizam estágio extra-curricular na FELEJ, via contrato, onde foram recrutados

em acórdância com a coordenação da instituição citada, para dar início à coleta de dados na pesquisa. Todos os monitores assinaram um Termo de Consentimento (Apêndice III), receberam o material necessário para executar as entrevistas, e foram treinados pessoalmente pela pesquisadora responsável por esse estudo.

O treinamento dos 32 monitores foi constituído da apresentação resumida dos objetivos da pesquisa, importância e relevância da mesma, apresentação do material utilizado, leitura e detalhamento de todas as questões, expondo a conduta ética necessária no contato com os entrevistados e fidedignidade das entrevistas, frisando os prazos (dois meses), e posteriormente envio do manual simplificado (via correio eletrônico). Durante os treinamentos foram enfatizados os itens de critério de exclusão que envolve a pesquisa.

A entrega do material para as entrevistas foi composta por pasta arquivo plástica, etiquetada com informações do nome e informações do estudo; nome, endereço eletrônico e telefone de contato da pesquisadora. Foram distribuídas trinta e duas pastas, cada uma contendo: uma caneta esferográfica, quarenta cópias do Formulário de Registro de Dados e oitenta Termos de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice I) (uma via para o entrevistado e uma de retorno à pesquisadora, juntamente com os questionários devidamente preenchidos). Todos os monitores foram orientados a solicitar mais cópias dos Questionários/Termos à pesquisadora, caso houvesse necessidade. Foram fornecidas essas quantidades iniciais de cópias por motivos de comodidade para os monitores, devido ao peso e manuseio da pasta.

Foi salientado aos monitores a importância na abordagem inicial aos usuários sobre os procedimentos da pesquisa e, caso estes concordem em participar, a orientação de solicitá-los lerem e assinarem o TCLE, requisito para estudos envolvendo seres humanos.

A fim de proporcionar maior consistência ao instrumento de avaliação, os monitores foram orientados a aplicar os questionários diariamente, apenas em horários monitorados, de segunda à sexta-feira, nos turnos matutino e vespertino, exceto em dias de chuva, sábados, domingos e feriados – ou seja, somente em seu horário de trabalho. Além disso, foram orientados a aplicar as entrevistas de forma individualizada, isolando o entrevistado do restante do grupo, sendo os mesmos acomodados na posição sentada (banco da praça) e permitindo total liberdade de prazo para resposta das questões.

Segundo Fleck *et al.* (2008), “o tempo médio de aplicação do WHOQOL-*bref* depende de uma série de fatores, tais como a escolaridade e a condição clínica do respondente, assim como da forma de administração do instrumento”. Em geral, a aplicação do questionário não

demandou muito tempo verificada após o pré-teste, permitindo que a pesquisadora incluísse outras medidas de interesse junto com as questões de qualidade de vida.

Fleck *et al.* (2008) afirma ainda que “o instrumento WHOQOL-*brief* pode ser auto-administrado, assistido pelo entrevistador ou completamente administrado pelo entrevistador.” Para tanto, durante a coleta dos dados, todas as questões foram administradas pelo entrevistador e quando necessário o entrevistador apenas repetiu pausadamente o enunciado, sem alterar o fraseamento original, tampouco fornecer sinônimos.

Na Tabela 2 é possível visualizar a lista das 22 praças que consistem as AMI's, destacando o bairro e sua respectiva região demográfica a qual é localizada a praça.

Tabela 2: Praças do “Programa Academia da Melhor Idade”, por região demográfica, do município de Joinville - SC.

PRAÇA	BAIRRO	REGIÃO
Praça Tiradentes	Floresta	Leste
Praça Assis Brasil	Saguaçu	Norte
Praça Almirante Barroso	Guanabara	Leste
Praça Cecy Maia	Boa Vista	Leste
Praça Nova Brasília	Nova Brasília	Sul
Praça do Bosque	Costa e Silva	Oeste
Praça Caetano Silveira	Pirabeiraba	Norte
Praça Padre Érico	Fátima	Leste
Praça Monte Castelo	Floresta	Leste
Praça Vila Nova	Vila Nova	Oeste
Praça Dario Salles	Centro	Centro
Praça São João Batista	Jardim Iriú	Leste
Praça João Luiz Luz	Paranaguamirim	Sul
Praça Lagoinha	Morro do Meio	Oeste
Praça Aventureiro	Aventureiro	Norte
Praça Profipo	Profipo	Sul
Praça Tancredo Neves	Bom Retiro	Norte
Praça Calceteiro	Boa Vista	Leste
Praça João Reinholdt	Iriú	Norte
Praça Jardim Edilene	Paranaguamirim	Sul
Praça Jarivatuva	Jarivatuva	Leste
Praça Rio Bonito	Pirabeiraba	Norte

Fonte: FELEJ, 2010 (adaptado).

4.6 INSTRUMENTOS

O instrumento aplicado na amostra selecionada foi composto de:

1. Formulário de Registro de Dados (Apêndice II);
2. Conjunto de questões abrangendo qualidade de vida em seus quatro domínios (físico, psicológico, social e meio ambiente), através do questionário WHOQOL-*bref* (Instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde) (Anexo I).

4.6.1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Os dados de identificação compreenderam: nome, endereço, telefone, praça, bairro, monitor, turno, quanto tempo (em meses) freqüenta a academia, quantos dias por semana costuma freqüentar a AMI, qual nível de satisfação após iniciar a AMI, data de nascimento, idade, gênero, estado civil. Os dados de identificação e socioeconômicos foram definidos seguindo-se metodologia aplicada no Censo 2000 (IBGE, 2000 e 2002):

- Nome: nome completo do usuário.
- Gênero: feminino ou masculino.
- Logradouro: endereço completo, incluindo número de telefone.
- Estado civil: foi solicitada a natureza da última união, segundo cinco alternativas

para resposta:

1. *solteiro(a)*: para a pessoa que nunca viveu em companhia de cônjuge ou companheiro(a);
2. *casado(a)*: para a pessoa que vivia em companhia de cônjuge com quem é casada no civil ou religioso ou ambos;
3. *união consensual*: para a pessoa que vivia em companhia de cônjuge com quem não contraiu casamento civil ou religioso;
4. *desquitado(a) ou separado(a) judicialmente*: para a pessoa que declarava ser desquitada ou separada, homologada por decisão judicial;
5. *viúvo(a)*: para a pessoa que declarava ser viúva.

4.6.2 ÍNDICE DE MASSA CORPORAL AUTO-RELATADO

O Índice de Massa Corporal (IMC) é o indicador para avaliar a proporção entre o peso e a altura a qual foi utilizado nos usuários das AMI's. As medidas de peso e estatura do indivíduo devem ser avaliadas segundo métodos preconizados, devendo ser registradas em quilos e em metros. De acordo com OPAS (2003), o IMC é calculado pela relação entre o peso dividido pelo quadrado da altura do indivíduo, tal como expresso pela fórmula abaixo. Desse modo, a unidade de medida desse indicador é kg/m².

$$IMC = \frac{Peso (kg)}{Altura (m)^2}$$

Para aferir o IMC, foi perguntado ao entrevistado seu peso e altura aproximados, sendo estes valores transpostos posteriormente na fórmula, onde a pesquisadora realizou o cálculo para processamento dos dados do estudo.

O padrão adotado para análise do IMC utilizou-se os valores preconizados pela OMS, compreendidos entre:

- < 18: baixo peso
- 18,5 a 24,9: peso normal
- 25 a 29,9: sobrepeso
- 30 e superior a 40: obesidade

4.6.3 DADOS SOCIOECONÔMICOS

O Critério de Classificação Econômica Brasileira (CCEB), realizado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), comumente tratado por “Critério Brasil”, estima o poder de compra dos indivíduos e famílias urbanas com base no Levantamento Sócio Econômico (LSE) do Instituto Brasileiro de Pesquisas (IBOPE), classificando-os por classes econômicas – Anexo V deste estudo (ABEP, 2008).

Conforme ABEP (2008), “a partir de uma amostra probabilística, o estudo levanta as características físicas de cada domicílio pesquisado, os dados demográficos de todos os moradores, a posse de diversos bens (posse de itens: televisão em cores, rádio, banheiro, automóvel, empregada mensalista, máquina de lavar, videocassete e/ou DVD, geladeira,

freezer), a utilização de serviços e a renda familiar, permitindo a definição da classe econômica segundo o sistema de pontos do Critério Brasil. Por não ser fornecido pelos censos oficiais, o perfil de classe econômica é a informação que se destaca no LSE.” Contudo, a classificação adotada na análise do presente estudo, obtém-se através da somatória dos itens citados fornecendo uma pontuação, corroborando posteriormente com a tabela a seguir:

Tabela 3: Pontuação conforme divisão por classe econômica.

CLASSE	PONTOS
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

Fonte: ABEP (2008).

4.6.4 OCUPAÇÃO PROFISSIONAL

O Ministério do Trabalho e Emprego (MTE, 2010) disponibiliza a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) que é o documento normalizador de conteúdos das ocupações do mercado de trabalho. A ocupação é a agregação de empregos ou situações de trabalho similares quanto às atividades realizadas. O título ocupacional, em uma classificação, surge da agregação de situações similares de emprego e/ou trabalho, a qual é definido como um conjunto de atividades desempenhadas por uma pessoa, com ou sem vínculo empregatício. Estas afirmações sustentam a construção da nomenclatura da CBO.

No entanto, o presente estudo categorizou a ocupação profissional da amostra, da seguinte forma: Empregado; Emprego informal; Dona de casa; Aposentado; Desempregado.

4.6.5 REGIÃO DEMOGRÁFICA

Conforme o IPPUJ (2009), a distribuição geográfica de bairros e regiões do município de Joinville agrupa os bairros em sub-regiões, das quais: Norte, Nordeste, Leste, Sudeste, Sul, Sudoeste, Oeste, Noroeste e Centro, ilustrado na “Rosa dos Ventos” da figura 6.

A categorização das regiões demográficas considerada na análise dos dados foi baseada no dado do IPPUJ e definida por agrupamento natural, onde as regiões foram denominadas: norte, sul, leste, oeste e centro.

4.6.6 DOMÍNIOS RELACIONADOS À AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Utilizou-se o instrumento internacional para avaliação da Qualidade de Vida, validado pela OMS (ORLEY, 1996), o questionário WHOQOL-*bref* que fornece quatro escores pontuados de 1 à 100, aos quais são baseados em seus quatro domínios: físico, psicológico, social e meio ambiente, representados esquematicamente na figura 7. Esses escores formam uma média resultando em escores dos domínios de qualidade de vida. Segundo Carvalho (2007), a metodologia para análise desenvolvida pela OMS não apresenta padrões ou médias estatísticas do WHOQOL- *bref* com padrão de “boa” ou “mau” qualidade de vida, porém, neste estudo, com as respostas das 26 questões do questionário, esses resultados são transportados para a “sintaxe de mensuração dos escores” (Anexo II) a fim de definir a média dos 4 domínios, definindo por sua vez o desfecho Qualidade de Vida.

A estrutura apresentada para o WHOQOL-*bref* compreende quatro domínios, motivada por análise matemática e pela necessidade teórica de evitar que algum domínio seja composto somente por um item (Fleck *et al.*, 2008). A figura 6 ilustra a composição de temas das perguntas do questionário referente aos quatro domínios do WHOQOL-*bref*. A figura abaixo descreve apenas vinte e quatro questões (item 3 ao 26), onde as duas questões restantes (item 1 e 2) tratam sobre a percepção do indivíduo acerca de sua qualidade de vida em geral, sendo portanto interpretada na análise estatística como auto-avaliação do usuário.

A partir do perfil sociodemográfico da amostra do presente estudo, foi possível analisar os dados de acordo com cada domínio do WHOQOL-*bref*. Para tanto, o “teste “t” de Student foi utilizado para verificar a significância estatística entre as amostras do gênero masculino e feminino.

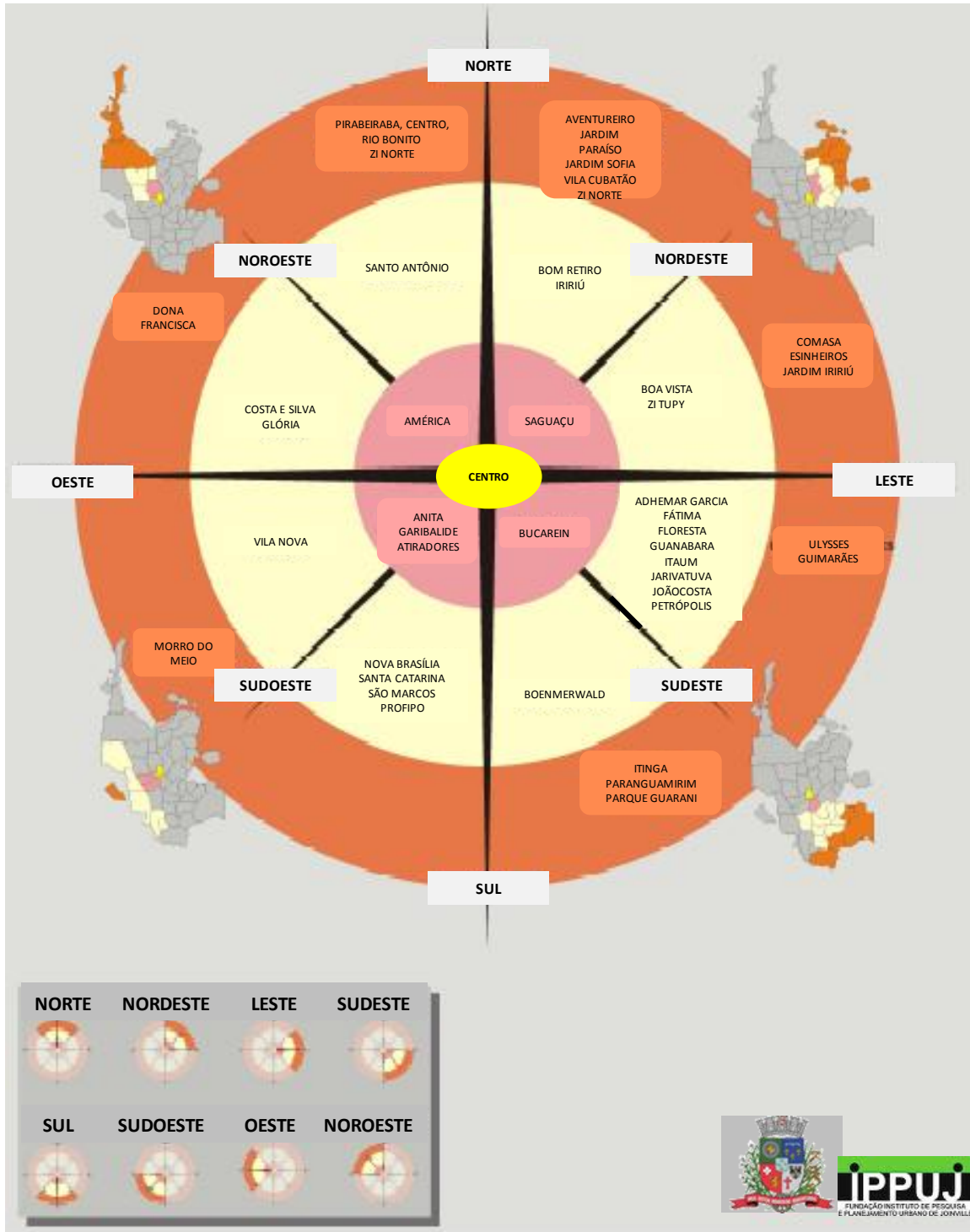


Figura 6: Distribuição geográfica dos bairros do município de Joinville-SC (IPPUJ, 2009).

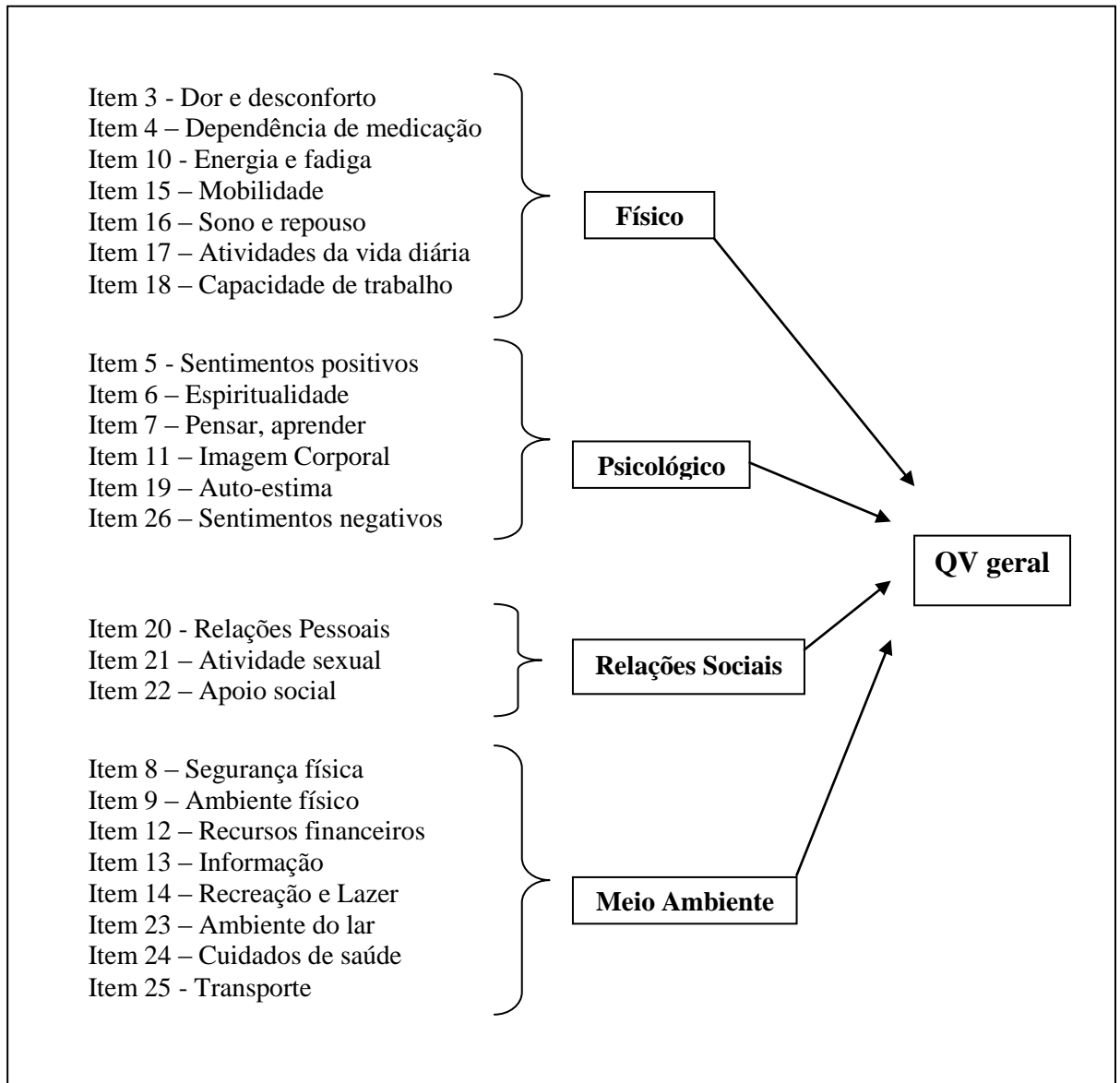


Figura 7: Temas das questões dos quatro domínios do questionário WHOQOL-*brief* (Fleck *et al.*, 2008).

4.7 PRÉ-TESTE

O instrumento foi devidamente pré-testado com os usuários das AMI's para garantir uniformidade à coleta de dados entre os entrevistados, num percentual aproximadamente 3,9% da amostra do estudo, ou seja, 10 entrevistas. Estes 10 entrevistados não foram incluídos na amostra final. O trabalho de campo foi realizado pela pesquisadora na Praça Aventureiro, em abril de 2010, na cidade de Joinville, onde foi aplicado o questionário em forma de entrevista.

Durante as entrevistas, foi possível observar pouca dificuldade de entendimento das questões por parte dos entrevistados, o que viabilizou a possibilidade de aplicação dos mesmos por parte dos monitores da FELEJ após devido treinamento. O estudo piloto serviu também, para efetuar algumas modificações no Formulário de Registro de Dados (Apêndice II), tais como exclusão de algumas questões de caráter irrelevante, assim como alteração da ordem de outras questões, de forma a torná-lo mais didático, tanto para o entrevistador como para o participante no momento da entrevista.

Após o pré-teste e a identificação do perfil dos entrevistados, constatou-se a validade do instrumento a ser aplicado nas AMI's durante coleta dos dados.

4.8 COLETA DE DADOS

Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisadora realizou visita às praças públicas das AMI's, assim como à coordenação da FELEJ a fim de identificar o perfil do público envolvido no Programa e conhecer o grupo de monitores que supervisionam as praças. Este perfil foi levantado também durante o pré-teste em abril/2010 no qual pode-se definir os critérios de exclusão para o estudo. *A posteriori*, no período de julho a novembro de 2010, realizaram-se os treinamentos com os monitores supervisores responsáveis pelas praças, informando o objetivo e intenção do estudo com distribuição do material para iniciar a coleta dos dados. A Figura 8 mostra de forma esquemática os procedimentos metodológicos do estudo.

Os dados foram coletados, portanto, mediante entrevista, no período de julho a dezembro de 2010, registrando-se em Formulário e Registro de Dados (Apêndice II). Este instrumento está dividido em quatro blocos temáticos: Identificação (ID), Dados Socioeconômicos (DS), Parâmetros de Saúde, e Qualidade de Vida (QV). A coleta de dados partiu de entrevistas através dos 32 monitores devidamente treinados, onde os questionários foram aplicados em 289 usuários distribuídos nas 22 praças que possuem as AMI's, de segunda à sexta-feira, nos turnos matutinos e vespertinos dos horários monitorados.

4.9 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Todos os dados foram digitados em planilha eletrônica, *Microsoft Office Excel, versão 2000*. As análises estatísticas foram realizadas utilizando o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 18.0.

Para transcrever os resultados do questionário WHOQOL-*bref* nos resultados de escore, foi utilizada a sintaxe específica para o programa SPSS (Anexo II), definida pela OMS, a qual estima os resultados dos domínios: físico, psicológico, social e meio ambiente.

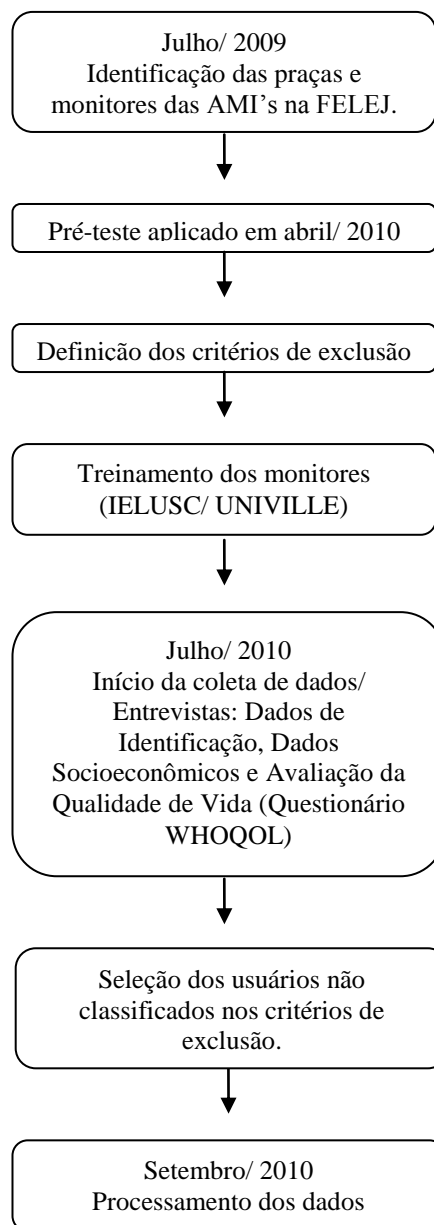


Figura 8: Fluxograma dos procedimentos metodológicos do estudo.

4.9.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para as variáveis preditoras, a análise estatística consistiu da aplicação do teste Qui-quadrado para avaliar a associação segundo os gêneros. Os valores estimados para níveis de significância foram comparados ao valor padrão de 0,05.

Para as variáveis contínuas foram utilizados os testes “t” de Student, no caso de somente duas categorias ou médias, e o ANOVA para os casos com mais de duas médias.

Os dados foram expressos como média \pm desvio-padrão. Para todos os testes, o nível de significância adotado foi de 95% ($p < 0,05$).

4.10 ASPECTOS ÉTICOS

Como a pesquisa envolveu seres humanos, toda a divulgação científica foi realizada sem a identificação dos participantes, e os dados obtidos foram utilizados exclusivamente para a finalidade desta pesquisa. Os dados estão armazenados sob a tutela da pesquisadora responsável do estudo. Quando houve concordância de participação, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice I), elaborado de acordo com as normas da Resolução nº 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2006), sendo fornecida uma cópia a cada participante do estudo.

Para o desenvolvimento do estudo, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UNIVILLE e obteve aprovação em dezembro de 2009, sob protocolo nº 371/2009 (Anexo VI).

Este estudo é de caráter científico e não está vinculado a nenhum desenvolvimento de produtos ou entidade de fins lucrativos. Busca apenas atingir os objetivos propostos em uma atitude investigativa pelo interesse dos investigadores na ânsia de produzir uma contribuição científica.

CAPÍTULO 5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo desenvolvido no Brasil, representativo do município de Joinville, estado de Santa Catarina, que descreveu a avaliação da Qualidade de Vida utilizando o instrumento WHOQOL-*bref* em usuários das Academias da Melhor Idade, com idade igual ou superior a 40 anos.

5.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA AMOSTRA

Da população do estudo de 289 indivíduos elegíveis, 256 participaram da pesquisa, atingindo uma taxa de resposta de 88,6%. Trinta e três exclusões foram necessárias porque os participantes (11,4%) não possuíam todas as questões respondidas no formulário WHOQOL-*bref*, caracterizando perdas. Todos os indivíduos com dados disponíveis para análise responderam as questões do instrumento, com uma taxa de conclusão de 100%. O tempo médio para completar o formulário durante a entrevista foi de 10 minutos por entrevistado.

5.1.1 MÉDIA DE IDADE DA AMOSTRA EM RELAÇÃO AO GÊNERO

No presente estudo, a participação de homens e mulheres nas AMI's foram 63 e 193 respectivamente. As mulheres foram maioria no presente estudo (74,5%). A Tabela 4 mostra o cálculo das médias, erros-padrão e intervalos de confiança (I.C.) da idade em relação ao gênero dos usuários das AMI's de Joinville, onde a média de idade dos homens foi de 61,6 anos e nas mulheres foi de 58,2 anos. A média total dos praticantes foi de 59 anos de idade. Avaliando as médias entre os gêneros, foi observada diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Sabendo-se que “em países em desenvolvimento é considerado idoso o indivíduo com idade igual ou superior à 60 anos” (IBGE, 2010b), a média de idade dos praticantes das AMI's aproxima desta idade, levando a interpretação que mais que a metade da população estudada é idosa. Os usuários considerados idosos no presente estudo somaram 51,2% da amostra total, sendo 34,8% homens e 16,4% mulheres. O participante mais velho do estudo tinha 82 anos.

Estudo de SANTOS *et al.* (2002) que objetivou avaliar a satisfação de 128 idosos em relação à sua qualidade de vida, obtiveram dados através do questionário, que houve predominância do sexo feminino (79,7%), seguido do sexo masculino (20,3%). Tais resultados confirmam a tendência em estudos relacionados com idosos (GONÇALVES e DIAS, 1999; DERBERT, 1999), ao verificarem que a participação masculina raramente ultrapassou 20%, de forma que se observa ser a velhice, no Brasil, uma experiência essencialmente feminina. É importante ressaltar que no Brasil, o número absoluto de mulheres idosas tem sido superior, quando confrontado com o de homens de 65 anos ou mais. Essa situação decorre da existência de mortalidade diferencial por sexo que prevalece há muito tempo na população brasileira (BERQUÓ, 1996). Desde 1950, as mulheres possuem maior esperança de vida. Em 1980, enquanto a expectativa de vida para os homens era de 59 anos, para as mulheres era de 65 anos. Em 2009, essa diferença cresceu para oito anos (IBGE, 2010d).

Tabela 4: Médias, erros-padrão e intervalos de confiança (I.C.) da idade dos usuários das AMI's de Joinville-SC em relação ao gênero.

Variável	Gênero		Total	p*	
	Masculino	Feminino			
	n	63	193	256	
Idade (anos)	Média	61,6	58,2	59,0	0,0086
	Desvio Padrão	8,71	8,79	8,88	
	Erro Padrão	1,10	0,63	0,55	
	I.C. 95%	2,15	1,24	1,09	
	I.C. (Inferior)	59,44	56,96	57,94	
	I.C. (Superior)	63,74	59,44	60,12	

Nota: $p < 0,05$

* teste "t" de Student

Estudos desenvolvidos em outros países também descreveram as mulheres como mais freqüentes na população (VELLAS *et al.*, 1997; LASHERAS *et al.*, 1999; CABRERA e JACOB FILHO, 2001). Dessa forma, constata-se nesse estudo uma maior adesão ao Programa AMI das mulheres, pelo menos no que se refere à população de Joinville. Com este dado, instiga-se saber por que as mulheres fazem mais exercícios do que os homens. Esta característica pode ser atribuída a fatores físicos, psicológicos, sociais e ambientais que culminam com maior adesão à prática física supervisionada. Coelho Filho e Ramos (2000) acrescentam que a menor exposição a determinados fatores de risco no trabalho; menor prevalência de tabagismo e consumo de bebida alcoólica; diferenças quanto à atitude em

relação a doenças e incapacidades; e ampliação de cobertura da assistência gineco-obstétrica podem influenciar maior participação das mulheres.

A relação entre o gênero e envelhecimento, para Barbot-Coldevin (2000) baseia-se nas mudanças sociais ocorridas ao longo do tempo e nos acontecimentos ligados ao ciclo da vida, onde a maior longevidade feminina implica transformações nas várias esferas da vida social. Segundo a OPAS (2003), “as mulheres e os homens envelhecem de maneira diferente. No que se refere à esperança de vida, a vantagem da mulher, em parte, é biológica. Longe de ser o sexo frágil, o sexo feminino parece ter maior capacidade de recuperação que o masculino, em todas as idades. É possível, também, que a vantagem biológica das mulheres possa estar associada ao fato de, na vida adulta, possuírem hormônios que as protegem contra doenças do coração”. Schlenker (1998) afirma que o fato de as mulheres superarem os homens em relação à expectativa de vida pode estar relacionado a fatores genéticos ou ambientais, ou uma combinação de ambos. Por outro lado, estudos sobre diferenças em relação à saúde segundo o sexo, em sociedades industrializadas, indicam que, embora vivam mais do que os homens, as mulheres referem mais morbidade e problemas psicológicos e utilizam mais serviços de saúde (INCA, 2003).

5.1.2 COMPARATIVO ENTRE AMOSTRA DO ESTUDO E A POPULAÇÃO DE JOINVILLE-SC, SEGUNDO GÊNERO E GRUPO ETÁRIO

A Tabela 5 mostra a distribuição da população do estudo em comparação com a população geral de Joinville da mesma faixa etária, representando tendência do gênero feminino dos participantes das AMI's. Há também predominância do gênero feminino (75,4%) na amostra, quando comparado aos homens (24,6%) da população do estudo.

Pode-se observar que a participação na AMI por parte dos homens inicia no grupo etário 60-69 anos de idade, contrariando o fato que ocorre uma diminuição da população de homens no município. Para as mulheres ocorre o mesmo fato, entretanto elas se engajam no programa AMI mais cedo, em torno dos 50 anos de idade. A quantidade de participantes reduz após os 70 anos, que já era previsto devido à redução na população do município.

Tabela 5: Comparações sociodemográficas entre a amostra total da "Academia da Melhor Idade" e a população geral de Joinville-SC, segundo gênero e grupo etário

Grupo Etário	N (Total= 256)	(%)	Percentual total da população em Joinville (%)*	
Homens				
40-49	6	2,3	21,4**	(7,2)***
50-59	15	5,9	14,9**	(5,1)***
60-69	31	12,1	7,1**	(2,4)***
70 ou +	11	4,3	4,1**	(1,4)***
Total	63	24,6	47,5**	(16,1)***
Mulheres				
40-49	36	14,1	22,3**	(7,5)***
50-59	68	26,5	15,7**	(5,3)***
60-69	65	25,4	8,2**	(2,8)***
70 ou +	24	9,4	6,5**	(2,2)***
Total	193	75,4	52,5**	(17,8)***
Total	256	100	100**	(33,9)***

* IBGE, 2011b

** Percentual da População de Joinville com mais de 40 anos.

*** Percentual da População total de Joinville.

5.2 CARACTERÍSTICAS SOCIECONÔMICAS E SOCIODEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA EM RELAÇÃO AO GÊNERO

Sabendo-se que a descrição da qualidade de vida é variável dependente e segregadora deste estudo, no decorrer da apresentação dos resultados, serão abordados e discutidos estudos que envolvam várias facetas da qualidade de vida de indivíduos em geral, especialmente utilizando o instrumento de avaliação WHOQOL-*bref*. Desta forma, a seguir serão demonstrados os resultados das características sociodemográficas da amostra e num segundo momento serão abordadas estas características em relação aos quatro domínios de Qualidade de Vida.

As características socioeconômicas e demográficas da amostra estão apresentadas na Tabela 6, a qual descreve a distribuição das frequências absoluta e relativa dos usuários das Academias da Melhor Idade, em relação ao gênero. Através do teste qui-quadrado para proporcionalidade, constatou-se que ocorreu diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre homens e mulheres para as variáveis preditoras: grupo etário, índice de massa corporal e ocupação profissional.

O grupo etário com maior participação (37,5%) de usuários nas AMI's foi entre 60-69 anos, sendo este grupo também o mais predominante entre os homens (49,2%). Já entre as mulheres o grupo etário de maior prevalência foi entre 50-59 anos de idade (35,2%). Os usuários acima de 70 anos apresentaram participação reduzida nas AMI's (13,7%), este achado pode ser justificado pela homogeneidade da amostra, obtida pela média de idade de 59 anos (DP = 8,8).

Segundo dados censitários do IBGE (2010d), “a mulher ganhou mais tempo de vida que o homem. Em 30 anos a esperança de vida dos homens subiu de 59,60 anos para 69,42 anos. E das mulheres subiu de 65,70 para 77,01 anos. A diferença entre os sexos, que é de quase oito anos têm várias explicações: mulheres tem o cuidado maior com a saúde; homens são mais expostos à mortes violentas no trânsito ou por homicídios.” De acordo com o Censo Populacional de 2010, os brasileiros com 60 anos ou mais já somam 20.590.599 indivíduos, representando 10,8% da população total, sendo 4,8% homens e 6,0% mulheres.

O estado civil que mais predominou no presente estudo foi o casado (72,3%), seguido do viúvo (16%), sendo que os solteiros foram a minoria (4,3%). Verificando assim que os usuários que praticam a AMI, são em sua maioria casados. Diferentemente, com relação ao estado civil, estudo de SANTOS *et al.* (2002), os viúvos predominaram com 41,4%, seguido pelos casados, com 39,8%.

Ciente de que as mulheres idosas constituíram o maior número de usuários das AMI's, aplica-se à interpretação desse dado à analogia feita por Chamowicz (1998) quanto à situação conjugal dos idosos brasileiros: “Em 1993, a grande maioria das mulheres idosas (66%) do Brasil era composta por viúvas, solteiras ou separadas, um enorme contraste com a situação dos homens de mesma idade (76,3% casados). Tais diferenças se explicam, não somente pela menor longevidade dos homens, mas, também, pela maior frequência de recasamento dos homens, após a viuvez, e maior tendência destes se casarem com mulheres mais jovens”.

Inquéritos populacionais têm mostrado que as mulheres na velhice apresentam mais problemas de saúde e sentem-se menos saudáveis do que os homens, situação que é agravada pelos maiores índices de viuvez e solidão, e pelo prolongamento do tempo de vida média (TELAROLLI JR., *et al.*, 1996).

Tabela 6 – Distribuição das frequências absoluta (n) e relativa (%) de 256 usuários das AMI's de Joinville-SC, segundo gênero.

Dados socioeconômicos e demográficos	Gênero				Total		p**
	Masculino		Feminino		n	%	
	n	%	n	%			
Grupo Etário (anos)							
40-49	6	9,5%	36	18,7%	42	16,4%	0,041
50-59	15	23,8%	68	35,2%	83	32,4%	
60-69	31	49,2%	65	33,7%	96	37,5%	
70 ou +	11	17,5%	24	12,4%	35	13,7%	
Estado Civil							
Solteiro	4	6,3%	7	3,6%	11	4,3%	0,176
Casado	50	79,4%	135	69,9%	185	72,3%	
Viúvo	5	7,9%	36	18,7%	41	16,0%	
Separado ou Divorciado	4	6,3%	15	7,8%	19	7,4%	
Índice de Massa Corporal (auto relatado)							
Peso Normal	19	30,2%	52	26,9%	71	27,7%	0,045
Sobrepeso	36	57,1%	87	45,1%	123	48,0%	
Obesidade	8	12,7%	54	28,0%	62	24,2%	
Classe Econômica (ABEP)*							
A2	0	0,0%	5	2,6%	5	2,0%	0,322
B1	7	11,1%	17	8,8%	24	9,4%	
B2	23	36,5%	72	37,3%	95	37,1%	
C1	23	36,5%	50	25,9%	73	28,5%	
C2	7	11,1%	38	19,7%	45	17,6%	
D	3	4,8%	11	5,7%	14	5,5%	
Ocupação Profissional							
Empregado	8	12,7%	12	6,2%	20	7,8%	0,000
Emprego Informal	5	7,9%	16	8,3%	21	8,2%	
Dona de Casa	3	4,8%	89	46,1%	92	35,9%	
Aposentado	46	73,0%	62	32,1%	108	42,2%	
Desempregado	1	1,6%	14	7,3%	15	5,9%	
Região Demográfica							
Norte	10	15,9%	62	32,1%	72	28,1%	0,057
Sul	9	14,3%	17	8,8%	26	10,2%	
Centro	3	4,8%	7	3,6%	10	3,9%	
Leste	35	55,6%	79	40,9%	114	44,5%	
Oeste	6	9,5%	28	14,5%	34	13,3%	
TOTAL	63	24,6%	193	75,4%	256	100%	

Nota: p<0,05

* Critério Brasil: ABEP, 2008

** Teste qui-quadrado

Um fator relacionado à inatividade física no presente estudo, influenciando na qualidade de vida dos usuários, foi a constatação de que: 72,2% da amostra total estavam acima do peso ou obesos; 78,1% da amostra eram donas de casa ou aposentados, e 88,3% eram casados ou viúvos. Este dado instiga a possibilidade de que a maioria da amostra do estudo tem uma tendência ao sedentarismo, não possui vínculo empregatício e além do mais possui estabilidade conjugal – necessitando maior aprofundamento epidemiológico, socioeconômico, demográfico e ambiental.

As distribuições das frequências absolutas e relativas do IMC auto-relatado pelos usuários das AMI's nos permitem observar uma elevada população com sobrepeso (48%) e obesidade (24,2%) em ambos os gêneros. Esta considerável prevalência de IMC elevado em ambos os sexos (valores igual ou superior a 25,0 kg/m²), revelou um quadro preocupante. Segundo Marucci e Barbosa (2003), em estudo realizado no município de São Paulo, no ano de 2000 (Projeto SABE), 21,7% dos homens e 40,5% das mulheres apresentaram sobrepeso e obesidade. Outro estudo (MONTILLA, 2003) também realizado em São Paulo, com 154 mulheres atendidas no Ambulatório de Saúde da Mulher Climatérica - USP, revelou que apenas 24,0% das mulheres apresentaram-se adequadas em relação ao estado nutricional, e 75,3% apresentaram IMC igual ou superior a 25,0 kg/m².

Segundo Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011b) mostra que “a obesidade aumentou entre 1989 e 1997 de 11% para 15% e se manteve razoavelmente estável desde então sendo maior no sudeste do país e menor no nordeste. Em todas as regiões do país, em todas as faixas etárias e em todas as faixas de renda aumentou contínua e substancialmente o percentual de pessoas com excesso de peso e obesas. O sobrepeso atinge nada menos que 48% das mulheres e 50,1% dos homens acima de 20 anos. Entre os 20% mais ricos, o excesso de peso chega a 61,8% na população de mais de 20 anos. Também nesse grupo concentra-se o maior percentual de obesos: 16,9%.” O IBGE segue os parâmetros da OMS (WHO, 1995) na conceituação de sobrepeso (IMC superior a 25 kg/m²) e obesidade (IMC superior a 30 kg/m²).

Estudo de Tavares e Anjos (1999) sobre o perfil antropométrico da população idosa brasileira descrevem o perfil nutricional em indivíduos com idade igual ou superior a sessenta anos, utilizando IMC como indicador do estado nutricional segundo recomendação da OMS, onde “as prevalências gerais de sobrepeso foram, respectivamente, 30,4% em homens e 50,2% em mulheres - mais elevadas que na população adulta jovem. Sendo assim, considera-se prevalência da população idosa com sobrepeso, especialmente em mulheres.”

A condição socioeconômica dos usuários das AMI's foi estimada neste estudo pelo poder de compra (posse de diversos bens) e o grau de instrução do chefe da família, permitindo a definição da classe econômica segundo o sistema de pontos do Critério Brasil (ABEP, 2008).

Segundo dados da ABEP (2009), as classes sociais são definidas com base no quanto todos os membros da sua casa ganham juntos por mês, ou quanto cada pessoa individualmente ganha por mês. “Uma pessoa considerada rica precisa estar na classe A2 ou A1. A classe A do tipo 1, é aquela onde toda renda dos membros da casa ou da família de 4 pessoas é superior a R\$ 38 mil reais ou então quando uma única pessoa da casa ganha mais de R\$ 9.733. Apenas 1% da população brasileira pertence a classe A1. Somente 4% pertence a classe A2. Temos 24% de brasileiros na classe social B (com renda média superior à R\$ 2.012,67). Na classe C temos 43% dos brasileiros que seria chamada de “classe média” (renda superior à R\$ 726,6). E por fim, temos 25% e pessoas na classe D, também conhecida como classe média baixa (renda média superior a R\$ 484,97), e uma minoria de 3% que são classificadas como classe E, que são as pessoas mais pobres da lista (renda média superior à R\$ 276,70).”

A classificação econômica do grupo familiar dos usuários das AMI's prevaleceu na classe econômica B2 (37,1%) seguida da C1 (28,5%). Esses resultados ultrapassam a média brasileira de 15% da população que está classificada na classe econômica B2, e ultrapassam 21% na classe C1 (ABEP, 2009). Estas classes são consideradas ‘classe média’.

Foi observado que o menor percentual de entrevistados encontrados foram nas classes econômicas A2 e D, e ainda inexistente nas classes A1 e E. A ocorrência de haver poucos participantes das AMI's inclusas nas classes econômicas mais elevadas de certa forma era esperado, porque as classes de maior poder aquisitivo (A1 e A2) tem outras opções para lazer, faz parte da elite tradicional, de um grupo social nobre, denotando distinta realidade patrimonial e de poder de compra elevado em relação à outras classes sociais.

Já a diminuição de participantes nas AMI's de indivíduos categorizados na classe D e a ausência de participantes da classe E, diz respeito aos critérios de exclusão do analfabetismo, ou ainda dos “miseráveis” que é geralmente mais prevalente nesse estrato.

Para a classificação da condição socioeconômica, no estudo de Carvalho (2007), ao ser empregado o questionário da ABEP na população analisada de 36 pacientes, com idade média de 52,9 anos, constatou-se que a maioria das pacientes era de classe econômica baixa (83%). Em contrapartida, o presente estudo com usuários das AMI's, possui média de idade de 59 anos e a maioria dos usuários pertence à classe média (B2 e C1).

Atualmente, a estratificação das classes sociais segue a convenção baixa, média e alta, sendo que as duas primeiras designam o estrato da população com pouca capacidade financeira, tipicamente com dificuldades econômicas, e a última possui grande margem financeira. Em países subdesenvolvidos, a classe média é, portanto, o estrato considerado mais comum e mais numeroso, que, embora não sofra de dificuldades, não vive propriamente com grande margem financeira. Nota-se, porém, que, nos países de Terceiro Mundo, a classe média é uma minoria e a classe baixa é a maioria da população. Desta interpretação, entretanto a avaliação ideal seria por bens disponíveis, conforme adotado neste estudo através do CCEB e não pela renda familiar. Já o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE) utiliza uma classificação por salários mínimos (IBRE, 2011; ABEP, 2009; DIEESE, 2011).

Outro importante indicador que tem sido alvo das preocupações em grupos etários elevados é a ocupação profissional. No presente estudo foi constatado que 42,1% dos participantes são aposentados, e que apenas 7,8% encontram-se empregados formalmente. Contudo, é importante destacar que há idosos que permanecem desenvolvendo alguma atividade (emprego informal), mesmo após a aposentadoria, como forma de complementar o orçamento doméstico. Verificou-se, no grupo estudado que apenas 8,2% desempenham emprego informal. No estudo de Santos *et al.* (2002), 46,9% são aposentados, 41,4% exercem atividades domésticas; 3,1% são costureiras e os demais trabalham como lavadeira, professor, vendedor, vigia e outros.

O emprego informal pode ser caracterizado também como trabalho voluntário, o qual segundo FPA (2007), “atinge um em cada dez idosos, sobretudo doações [3%] – são exemplos: visitas domiciliares de evangelização, ajuda em festas na comunidade, trabalhos de manutenção e reformas, serviços de costura e visita a doentes são outros dos trabalhos realizados voluntariamente pelos idosos [1%, cada]. Os idosos que exercem trabalho remunerado têm, em média, uma jornada de 37,16 h semanais, maior entre os homens – 37, 20 h, do que entre as mulheres [31,13 h].”

Sabe-se que os usuários das AMI's estão aposentados em sua maioria, onde Mendes *et al.* (2005) destaca que o papel social dos idosos é um fator importante no significado do envelhecimento, pois o mesmo depende da forma de vida que as pessoas tenham levado, como das condições atuais que se encontram. Neste aspecto destaca-se a aposentadoria, momento em que o indivíduo se distancia da vida produtiva. Na vida do homem, a aposentadoria muitas vezes acontece como uma descontinuidade. Há uma ruptura com o

passado, o homem deve ajustar-se a uma nova condição que lhe traz certas vantagens, como o descanso, lazer, mas também graves desvantagens como desvalorização e desqualificação.

Sabendo-se que é na atividade profissional que depositamos nossas aspirações pessoais e perspectivas de vida, por outro lado, na realidade do contexto social de muitos países, os idosos apresentam poucas perspectivas em relação ao futuro. Embora o progresso industrial e tecnológico tenha conquistado avanços, identifica-se outro problema concernente ao idoso, à dificuldade em lidar com esses avanços, pois o mercado exige modernos equipamentos e profissionais mais capacitados para manter-se produtivo. Encerra-se assim o seu ciclo produtivo e fica a esperança de receber uma aposentadoria que as políticas previdenciárias lhe proporcionam, insuficiente para suprir todas as necessidades para a sua sobrevivência (MENDES *et al.*, 2005).

Tratando-se da localização demográfica no município de Joinville, a região demográfica que mais houve participação dos usuários nas AMI's durante o estudo foi na região leste (44,5%), seguida da região norte (28,1%). Na região central houve mínima participação (3,9%). Tanto homens como mulheres foram mais distribuídos na região leste (55,6%, 40,9% respectivamente). Nesta categoria, deve-se levar em conta a localização das AMI's nas 22 praças distribuídas no município. Conforme Tabela 2 (Capítulo 4 – Metodologia), o Programa AMI da FELEJ está distribuído quantitativamente no município da seguinte forma: seis na região norte, quatro na região sul, uma na região central, oito na região leste e três na região oeste. Sendo, portanto, em sua maioria, localizadas na região leste da cidade, e apenas uma na região central.

5.3 QUALIDADE DE VIDA EM USUÁRIOS DO PROGRAMA AMI DE JOINVILLE-SC (TABELAS)

Sabendo-se que o nível de satisfação da qualidade de vida da amostra de idosos foi determinado através dos escores do WHOQOL-*bref* numa graduação (escala de zero à cem), as tabelas 8 à 10 (inclusive os gráficos 1 à 8) revelam a análise das respostas, onde cada questionário foi analisado pelos domínios físico, psicológico, social e meio ambiente isoladamente, já que o protocolo do WHOQOL-*bref* não prevê uma média geral (CARVALHO, 2007).

5.3.1 COMPARAÇÃO DAS MÉDIAS DE QV DA AMOSTRA TOTAL COM AS MÉDIAS DO BRASIL E AS MÉDIAS DO MUNDO

Os resultados obtidos no presente estudo demonstraram que os praticantes de atividade física ao ar livre, pertenciam ao subgrupo com maior nível de QV quando comparada à média descrita para o Brasil (CRUZ *et al.*, 2011), e à média descrita para o mundo (SKEVINGTON *et al.*, 2004). Ressalta-se que os valores de qualidade de vida representativos do Brasil, são oriundos de uma amostra da população do município de Porto Alegre-RS. Os valores de qualidade de vida representativos da população mundial foram obtidos a partir de estudos realizados em 23 países (n = 11.830).

A tabela 7 evidencia as comparações das médias dos domínios de qualidade de vida obtidas do Brasil e do Mundo (CRUZ *et al.*, 2011; SKEVINGTON *et al.*, 2004), com as médias dos escores dos domínios do WHOQOL-*bref* da população total do estudo, ajustados por gêneros e idade. No domínio físico, a média da amostra total foi de 15,8 e do Brasil foi de 15,2; no domínio psicológico, a média da amostra total foi de 15,7 e do Brasil foi de 15,1; no domínio social, a média da amostra total foi de 15,9 e do Brasil foi de 14,8; e no domínio meio ambiente, a média da amostra total foi de 14,4 e do Brasil foi de 12,9. Já quando comparadas às médias do mundo, ficaram bem aproximadas, porém seguiram a mesma tendência.

As médias de qualidade de vida do Brasil são superiores às médias encontradas no mundo, exceto no domínio Meio Ambiente. Este fato pode ser justificado devido ao aumento do poder econômico no Brasil nos últimos anos que resultou em políticas públicas pelo governo federal de melhor distribuição de renda (MAIA, 2010; DIAS e DIAS, 2007; SABOIA, 2010; SALAMA, 2010). Comparando-se os critérios de 2003 utilizados por Cruz *et al.* (2011), no Brasil, para a nova versão em 2011 (ABEP, 2009), todas as classes econômicas mostraram um aumento de 50% do poder de compra em dólar dos Estados Unidos (EUA).

As médias foram transcritas para escala de 4 à 20 do WHOQOL-100 para permitir a comparação da escala de 0 à 100 do WHOQOL-*bref*. Em todas as médias houve superioridade nos domínios de qualidade de vida na amostra total do estudo em relação à média do Brasil e no mundo. Fato este que corrobora com a importância e a pertinência de descrever e avaliar a qualidade de vida em várias populações.

Tabela 7: Comparação das médias dos escores dos domínios de QV obtidas no Brasil e no Mundo (WHOQOL-100) e dos usuários das AMI's de Joinville-SC (WHOQOL-*bref*)

	Físico	Psicológico	Social	Meio Ambiente
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Amostra total	15,8 (2,4)	15,7 (2,1)	15,9 (2,3)	14,4 (2,0)
Brasil**	15,2 (2,5)	15,1 (2,7)	14,8 (3,1)	12,9 (2,7)
Gênero				
Amostra homens	16,2 (2,5)	16,2 (1,6)	16,2 (2,1)	14,5 (1,8)
Mundo*	14,3	14,2	14,1	13,8
Amostra mulheres	15,6 (2,3)	15,5 (2,1)	15,8 (2,3)	14,4 (2,0)
Mundo*	14,2	14	14,4	13,9
Grupo etário				
Amostra 41–50	15,5 (2,7)	14,9 (2,4)	16,3 (2,1)	14,4(2,0)
Mundo*	13,9	14	14,1	13,9
Amostra 51–60	15,9 (2,4)	15,7 (2,0)	16,2 (2,3)	14,2 (2,0)
Mundo*	13,3	13,8	14	14,1
Amostra 61+	15,7 (2,4)	15,9 (2,0)	15,6 (2,3)	14,5 (2,0)
Mundo*	14,2	14,1	14,2	13,8

* Skevington *et al.* (2004)

** Cruz *et al.* (2011)

5.3.2 MÉDIA DOS ESCORES DOS DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA EM RELAÇÃO AO GÊNERO

Sabendo-se que a avaliação da Qualidade de Vida obtida pelas respostas do questionário validado e recomendado pela OMS, é multidimensional (qualitativa e quantitativa) em suas respostas, exime-a de ser classificada como boa ou má QV, muito menos fornecer um escore de QV geral. Em suma, a avaliação da QV aponta que quanto maior o número do escore, que varia numa escala de zero a 100 (Anexo II), pode-se afirmar que há positividade interpretativa; e quanto menor esse número há negatividade interpretativa na avaliação da qualidade de vida em relação aos seus quatro domínios (CARVALHO, 2007).

Os domínios que abrangem o WHOQOL-*bref* possuem características peculiares a qual avaliam e classificam a qualidade de vida de um indivíduo, e a partir dos resultados do perfil socioeconômico e demográfico da amostra do presente estudo, foi possível analisar esses dados de acordo com cada domínio do WHOQOL-*bref*. A tabela 8 evidencia as médias, erros-padrão e intervalos de confiança (I.C.) dos escores da QV segundo os domínios físico, psicológico, social e meio ambiente, distribuídos por gênero masculino e feminino, bem como escore total de cada domínio.

Em todos os domínios podem-se observar que os homens possuem médias de qualidade de vida maiores do que as mulheres. Os domínios físico, social e meio ambiente não apresentaram diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre os dois gêneros. Apenas o domínio psicológico apresentou-se significativo. O Domínio com maior escore dentro da amostra total foi o Social (74,7), por outro lado, ficou evidente que os escores do domínio meio ambiente foram aproximadamente 10% menores do que o dos outros domínios. Ao comparar os escores dos domínios entre gêneros, nota-se maior diferenciação no domínio Psicológico entre homens e mulheres. Além do mais, os homens apresentaram médias maiores do que as das mulheres em todos os domínios.

Tabela 8: Médias, erros-padrão e intervalos de confiança (I.C.) do total de escores nos domínios físico, psicológico, social e meio ambiente de Qualidade de Vida dos usuários das AMI's de Joinville-SC, segundo gênero.

Domínio	Qualidade de Vida	Gênero		Escore Total	p^*
		Masculino	Feminino		
Físico	Média	75,9	72,6	73,4	0,124
	Desvio Padrão	15,29	14,70	14,88	
	Erro Padrão	1,93	1,06	0,93	
	I.C. 95%	3,78	2,07	1,82	
Psicológico	Média	76,6	71,8	73,0	0,010
	Desvio Padrão	10,00	13,51	12,88	
	Erro Padrão	1,26	0,97	0,81	
	I.C. 95%	2,47	1,91	1,58	
Social	Média	76,5	74,1	74,7	0,252
	Desvio Padrão	12,92	14,54	14,17	
	Erro Padrão	1,63	1,05	0,89	
	I.C. 95%	3,19	2,05	1,74	
Meio Ambiente	Média	65,5	64,7	64,9	0,671
	Desvio Padrão	11,13	12,73	12,34	
	Erro Padrão	1,40	0,92	0,77	
	I.C. 95%	2,75	1,80	1,51	

Nota: $p < 0,05$

* teste "t" de Student

Com base na análise do WHOQOL-*brief*, dentre os quatro domínios, o domínio psicológico foi o único que apresentou diferença significativa entre os gêneros. Atributos como auto-estima, imagem corporal, sentimentos positivos e negativos e espiritualidade definem o domínio psicológico de um indivíduo, que neste estudo os homens apresentaram maior média de QV. Hipoteticamente as mulheres são apreendidas às maiores preocupações de todas as esferas, especialmente àquela de cunho financeiro, podendo influenciar

diretamente na qualidade de vida. Estes dados podem ser usados como referência para comparações de grupos de indivíduos, principalmente de classes econômicas menos favorecidas. A literatura recomenda que os valores normativos obtidos na população em geral sirvam como um parâmetro (CRUZ *et al.*, 2011; GANDEK e WARE JR., 1998).

Sabendo-se que as médias de qualidade de vida foram maiores nos homens do que nas mulheres da amostra total, de acordo com estudo de Pereira *et al.* (2011), os escores de qualidade de vida subjetiva também foram maiores para os homens do que para as mulheres, “talvez porque o envelhecimento seja percebido mais negativamente pelas mulheres” (CASTELLÓN e PINO, 2003). Porém, para Jakobsson *et al.* (2004) “a razão desta diferença ainda é desconhecida, havendo somente hipóteses”. Ainda no estudo de Pereira *et al.* (2011), “ser do sexo feminino mostrou-se estar associado à baixos escores de QV apenas no domínio ambiental, em que os indivíduos fazem uma análise do meio ambiente em que estão inseridos, podendo as mulheres mostrarem-se mais insatisfeitas do que os homens, considerando-se que a preocupação da mulher com a casa, a aparência e condições do local onde vive é mais evidente”. Já entre os usuários das AMI's, dentre os quatro domínios, o domínio Meio Ambiente apresentou as médias mais baixas em ambos os gêneros.

Entre os quatro domínios, o domínio social foi o que apresentou maior média de QV e o domínio meio ambiente apresentou menor média de QV. Este mesmo fato foi observado no estudo de Carvalho (2007), onde a maior média também foi no domínio social, que envolve questões sobre o quanto a pessoa se sente satisfeita com o relacionamento com amigos e parentes; e o menor valor de QV se refere também ao domínio das condições do meio ambiente, que são condizentes com as condições socioeconômicas, como moradia, transporte, assistência médica e infra-estrutura social. Ainda no estudo de Carvalho (2007), as médias comparadas entre os domínios do WHOQOL-*bref*, não houve alterações estatisticamente significativas em nenhum estágio das entrevistas. Não foi encontrada correlação entre o domínio Meio Ambiente, e os resultados da condição socioeconômica; nem entre o domínio Físico e o IMC.

Ao investigar a contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global em 211 idosos residentes no município de Teixeira, na Região Sudeste do Brasil, Pereira *et al.* (2006) utilizando o instrumento WHOQOL-*bref*, as análises de regressão linear mostraram que nenhuma das variáveis sociodemográficas interferem significativamente no domínio global da QV, e, entre os quatro domínios, o que foi significativo à QV foi o físico, seguido do ambiental e do psicológico. O domínio social não mostrou contribuição significativa na QV global.

5.3.3 MÉDIA DOS ESCORES DOS DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA EM RELAÇÃO ÀS CARACTERÍSTICAS SOCIECONÔMICAS E SOCIODEMOGRÁFICAS

As tabelas e figuras a seguir demonstram as médias dos escores dos domínios de QV (WHOQOL-*brief*/OMS), em relação às variáveis socioeconômicas e demográficas, sendo posteriormente ilustrados através dos gráficos 1 ao 8.

Na Tabela 9 observa-se que houve diferenças na pontuação média para alguns subgrupos de QV. Em relação à variável de **idade**, as análises não mostraram diferença significativa entre os indivíduos mais velhos e mais jovens. Este achado pode ser justificado pela homogeneidade da amostra. Em todos os grupos etários, o domínio ambiental foi aproximadamente 10% menor do que outras áreas. O grupo etário 70 anos ou mais de idade obteve uma menor pontuação média para QV em comparação com os escores de pessoas mais jovens, especialmente nos domínios físico, social e meio ambiente. Esses achados são consistentes com os estudos relatando uma diminuição na qualidade de vida com o aumento da idade (OHAERI *et al.*, 2009). No entanto, outros estudos têm identificado uma melhor qualidade de vida das pessoas com idade superior a 45 anos (SKEVINGTON, 2004).

Na amostra estratificada por **estado civil** do presente estudo, as médias obtidas no domínio ambiental foram menores do que aos outros domínios. Entretanto, houve mudança na qualidade de vida por estado civil dos usuários, onde somente o domínio social apresentou diferença estatisticamente significativa.

Outra variável importante no perfil sociodemográfico da população é o **IMC**. A amostra teve um valor de sobrepeso e obesidade de 72,2% para ambos os gêneros (Tabela 6). Em todos os quatro domínios foi observado que as médias de qualidade de vida diminuiriam conforme o aumento de peso, sendo que possuem maior QV, os usuários com peso normal. Os domínios físico e psicológico apresentaram diferença estatisticamente significativa. Este dado é alarmante, pois percebe-se que a QV melhora piora conforme excesso de peso.

Seguindo a análise dos resultados de qualidade de vida em relação às variáveis sociodemográficas, foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as médias das diferentes **classes econômicas** nos domínios físico, social e meio ambiente ($p < 0,05$). Indivíduos das classes mais baixas (C e D) apresentaram menores escores de QV em comparação com indivíduos da classe B. Como a classe A abrangeu número reduzido de usuários entrevistados, pode-se justificar as médias de QV reduzidas deste subgrupo em relação aos demais subgrupos em todos os domínios.

Tabela 9: Média dos escores e desvio padrão (DP) do WHOQOL-*brief* na amostra total e subamostras estratificadas por gênero, grupo etário, estado civil, índice de massa corporal (auto-relatado), classe econômica, ocupação profissional e região demográfica em Joinville-SC.

	Dados socioeconômicos e demográficos			Físico			Psicológico			Social			Meio Ambiente		
	Média	DP	P	Média	DP	P	Média	DP	P	Média	DP	P	Média	DP	P
Amostra (n = 256)	73,4	14,9		73,0	12,9		74,7	14,2		64,9	12,3				
Gênero															
Homens	75,9	15,3	0,124*	76,6	10,0	0,010*	76,5	12,9	0,252*	65,5	11,1	0,671*			
Mulheres	72,6	14,7		71,8	13,5		74,1	14,5		64,7	12,7				
Idade (anos)															
40-49	72,8	16,4	0,138**	68,8	15,7	0,085**	76,4	13,5	0,173**	64,9	11,7	0,363**			
50-59	73,7	14,9		73,4	12,9		76,8	14,1		63,6	12,3				
60-69	75,3	14,9		75,1	12,9		73,7	14,1		66,8	12,3				
70 ou +	68,1	15,4		71,2	13,0		70,2	13,7		62,8	9,9				
Estado Civil															
Solteiro	75,0	12,2	0,879**	73,5	8,6	0,969**	74,2	16,8	0,008**	65,6	8,7	0,562**			
Casado	73,3	15,8		72,8	12,8		76,4	13,7		64,9	12,2				
Viúvo	74,3	10,4		72,9	14,6		69,7	14,0		66,4	13,5				
Separado/Divorciado	71,2	14,5		74,3	11,7		68,4	13,1		61,5	11,5				
Índice de Massa Corporal (auto relatado)															
Peso Normal	75,9	12,9	0,001**	75,5	11,7	0,015**	77,0	13,3	0,105**	65,8	12,5	0,350**			
Sobre peso	74,9	15,2		73,4	11,6		74,8	15,2		65,4	11,3				
Obeso	67,5	14,9		69,2	15,5		71,8	12,5		63,0	13,8				

Nota: $p < 0,05$

* teste “t” de Student

** teste ANOVA

Continuação Tabela 9.

Dados socioeconômicos e demográficos	Físico			Psicológico			Social			Meio Ambiente		
	Média	DP	P	Média	DP	P	Média	DP	P	Média	DP	P
Classe Econômica												
A2	53,6	6,4	0,013**	72,5	7,3	0,467**	73,3	6,2	0,005**	75,6	7,2	0,002**
B1	75,4	15,1		74,1	14,4		79,2	10,5		67,8	10,6	
B2	76,1	15,0		73,4	11,9		77,4	14,2		67,1	12,2	
C1	72,5	15,1		73,7	12,9		74,3	14,0		63,8	13,0	
C2	70,9	12,6		72,5	10,4		70,2	15,0		62,2	10,1	
D	71,4	13,6		66,1	20,5		65,5	10,8		55,8	12,3	
Ocupação Profissional												
Empregado	73,2	17,1	0,487**	74,0	12,5	0,043**	74,2	13,8	0,190**	62,5	13,9	0,493**
Emprego Informal	77,6	18,4		78,4	10,6		79,4	12,5		67,4	11,1	
Dona de Casa	72,0	13,9		70,1	13,7		75,3	14,6		63,6	13,0	
Aposentado	74,2	14,0		74,4	12,0		74,3	13,7		66,0	11,8	
Desempregado	70,2	18,0		71,7	14,9		67,8	16,3		64,8	11,7	
Região Demográfica												
Norte	70,7	16,0	0,072**	69,0	13,2	<0,001**	72,1	16,1	0,055**	63,8	12,3	0,005**
Sul	70,2	10,1		71,2	11,5		71,8	9,3		58,2	9,7	
Centro	69,6	15,4		71,7	21,1		81,7	10,4		72,2	13,7	
Leste	76,3	15,1		77,0	10,4		76,9	14,3		66,7	12,5	
Oeste	72,8	12,1		69,7	13,5		72,8	11,1		64,2	10,3	

Entre os quatro domínios, as médias de QV mais baixas para a categoria **Ocupação Profissional** foi no domínio meio ambiente. Segundo Pereira *et al.*, (2006), “o rendimento ou o recurso financeiro é considerado como um dos indicadores do domínio meio ambiente para avaliar a QV, na medida em que é reflexo da produção de bem-estar e da satisfação de necessidade, de segurança e de proteção”. Em comparação aos outros domínios de QV, instiga-se o fato de que os usuários não se sentem satisfeitos quanto aos recursos financeiros, segurança física, meios de transporte e condições de saúde. Será a falta de verba do governo em investir na igualdade social ou descaso dos gestores governamentais? Estas questões são levantadas diante aos resultados ora apresentados no presente estudo.

Num estudo realizado com 93 idosos, a maioria mulheres, que participam do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ, no Rio de Janeiro, 37% dos idosos declaram que os seus rendimentos satisfazem mal (19,4%) e muito mal (17,2%) as suas necessidades. Igual porcentagem (36,6%) aponta para um grau de satisfação razoável, situação definida como intermediária entre as percepções positivas ou negativas. Aproximadamente 24% declaram que os seus rendimentos satisfazem bem (18,3%) e muito bem (5,4%) as suas necessidades (ANDERSON *et al.*, 1998). Com efeito, em 1998, no Brasil, quase 90% dos idosos aposentados recebiam rendimentos de 2,5 salários-mínimos por mês, ou menos, demonstrando, com isso, o baixo poder aquisitivo, que é uma das características marcantes da população idosa brasileira (CHAIMOWICZ, 1998).

Na comparação entre os domínios, para a variável ocupação profissional, o único que apresentou diferença estatisticamente significativa foi no domínio psicológico ($p < 0,05$), pressupondo abalar a espiritualidade e auto-estima dos usuários da AMI's conforme sua ocupação profissional.

Pereira *et al.* (2011) ao avaliar o impacto da qualidade de vida em idosos, utilizando WHOQOL-*brief*, afirma que um aspecto que também merece destaque é o fato de estar aposentado se associar significativamente a piores escores de qualidade de vida nos domínios físico e ambiental. Esse achado vai ao encontro das teorias de que a perda do papel social e o declínio da funcionalidade, que normalmente ocorrem com a aposentadoria, interferem marcadamente na qualidade de vida (PEREIRA *et al.*, 2002).

Observou-se inclusive que a ocupação profissional é determinante na QV dos usuários das AMI's, onde os maiores escores de QV são os que realizam emprego informal. A ocupação no mercado de trabalho informal traz mais qualidade de vida aos usuários das AMI's do que estarem aposentados. Todavia, o fato de estarem aposentados traz mais qualidade de vida do que estar no mercado de trabalho formal. Pressupõem-se que a busca

pela condição econômica favorável faz com que os torne mais ativos, com isso influencia a melhora da QV, agregando dinamismo em sua rotina diária e valorização pessoal.

Um dado marcante relacionado à QV neste trabalho está relacionado com as **regiões geográficas** de Joinville em que os praticantes residem. Os menores escores de qualidade de vida foram nos grupos que vivem na região sul e norte do município, em comparação com aqueles que vivem nas regiões leste e oeste (Tabela 9). Os domínios psicológico e meio ambiente apresentaram diferença estatisticamente significativa. A região central possui poucos participantes, não sendo determinante, portanto, para análise. Cabe aos órgãos públicos estudarem qual a real necessidade de investimentos e promoverem ações de programas de saúde e assistência social voltados à essas regiões demográficas apontadas, principalmente ao que tange aos aspectos psicológicos (sentimentos, auto-estima, espiritualidade, etc) e aos aspectos relacionados ao meio ambiente (segurança física, transporte, recursos financeiros, etc). Para que este estudo descritivo se desempenhe e prossiga para melhoria da qualidade de vida desta população.

De acordo com os dados do IPPUJ (2009), Joinville é caracterizada por uma distribuição desigual da população por classe econômica, incluindo o fornecimento de opções de lazer, shopping e espaço cultural. Os bairros localizados na região sul e norte da cidade se concentraram populações operárias das grandes empresas industriais. No oeste e leste, a população trabalha no setor da chamada terceira economia e do centro da cidade tem grandes supermercados, centros comerciais, teatros, cinemas e bares. Estes achados podem explicar a distribuição geográfica com diferentes médias nos quatro domínios de QV em relação as regiões demográficas do município.

Foi no domínio meio ambiente que encontrou-se a média mais baixa de QV, e esta foi na região sul. Esta região demográfica é bastante populosa e operária. Segundo IPPUJ (2009, p. 29), “o município de Joinville possui 14 Secretarias Regionais, que são órgãos de descentralização administrativa, aos quais compete dar cumprimento às ações previstas pela Administração Municipal através da coordenação, fiscalização e execução dos serviços e obras regionais”. Visto que são os recursos financeiros, as condições de moradia e etc, que caracterizam o domínio meio ambiente, as cinco secretarias regionais de Joinville da região sul devem subsidiar condições de melhoria de qualidade de vida para esta região.

5.3.4 MÉDIA DOS ESCORES DOS DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA EM RELAÇÃO ÀS CARACTERÍSTICAS DE DOENÇAS CRÔNICAS, CIRURGIA, TEMPO DE PARTICIPAÇÃO NO PROJETO, FREQUÊNCIA SEMANAL E GRAU DE SATISFAÇÃO AO PROGRAMA AMI

A tabela 10 apresenta os escores dos domínios da qualidade de vida dos participantes do estudo, relacionada à presença de algum tipo de doença ao longo da vida, à realização de algum tipo de cirurgia, ao tempo de participação em meses nas AMI's, da frequência diária/semanal na academia, e também do grau de satisfação após iniciar o Programa AMI.

Verificou-se diferença estatisticamente significativa da qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e meio ambiente em relação à presença de doenças crônicas (auto-relatado). Sabendo-se que a maioria (51,17%) dos usuários das AMI's relatou nas entrevistas a presença de doença crônica ao longo de suas vidas, afetou significativamente a QV quando comparado aos usuários não portadores de doenças. Os maiores escores de QV foram encontrados nos participantes que não apresentaram o episódio de alguma doença crônica em sua vida.

De acordo com o Suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008 (IBGE, 2011b), apenas 22,6% dos idosos declararam não ter doenças. Entre aqueles com 75 anos ou mais, este percentual caiu para 19,7%. Quase metade (48,9%) dos idosos sofria de mais de uma doença crônica, e, no subgrupo a partir de 75 anos, o percentual atingia 54%. A hipertensão foi a enfermidade que mais se destacou, com proporções em torno de 50%. Dores na coluna e artrite ou reumatismo atingiram respectivamente 35,1% e 24,2% das pessoas de 60 anos ou mais.

Ainda de acordo com IBGE (2011b), enquanto 77,4% dos idosos declararam sofrer de doenças crônicas, 45,5% afirmaram que seu estado de saúde era “muito bom” ou “bom”. Esse aumento pode ser explicado pela elevação da esperança de vida (entre aqueles com 75 anos ou mais). E apenas 12,6% disseram ter a saúde “ruim” ou “muito ruim”, e, entre estes últimos, destacaram-se aqueles com 75 anos ou mais, os pretos ou pardos e os que viviam com renda familiar de até ½ salário mínimo per capita.

Inquéritos populacionais (TELAROLLI JR., *et al*, 1996), têm mostrado que as mulheres na velhice apresentam mais problemas de saúde e sentem-se menos saudáveis do que os homens, situação que é agravada pelos maiores índices de viuvez e solidão, e pelo prolongamento do tempo de vida média.

Tabela 10 – Média dos escores e desvio padrão (DP) do WHOQOL-*bref* na amostra total e sub-amostras estratificadas por relato de doenças crônicas, cirurgia, tempo de participação no projeto, frequência e grau de satisfação das Academias da Melhor Idade de Joinville-SC.

	Físico			Psicológico			Social			Meio Ambiente		
	Média	DP	<i>p</i>	Média	DP	<i>p</i>	Média	DP	<i>p</i>	Média	DP	<i>p</i>
Doenças crônicas (auto relatado)												
Sim	68,5	15,2	0,000*	71,0	13,5	0,013*	73,7	15,1	0,243*	63,1	11,8	0,018*
Não	78,5	12,7		75,0	11,9		75,7	13,1		66,8	12,7	
Cirurgia (auto relatado)												
Sim	72,2	14,6	0,034*	73,7	11,9	0,160*	74,3	14,2	0,424*	64,9	13,0	0,980*
Não	76,7	15,3		71,1	15,3		75,9	14,1		64,9	10,5	
Tempo de participação no projeto (meses)												
≤ 3	72,1	16,3	0,646**	72,2	14,0	0,614**	74,6	15,7	0,634**	65,0	12,2	0,259**
4 to 12	73,4	13,0		72,6	12,1		74,2	12,4		63,7	11,3	
13 to 24	75,4	16,7		75,2	13,4		76,7	15,0		67,9	13,7	
25 to 36	74,8	12,8		73,3	9,2		72,1	13,5		63,4	14,3	
Frequência (dias/semana)												
3 dias	70,8	16,3	0,128**	71,9	14,1	0,850**	74,1	13,2	0,856**	64,4	11,1	0,425**
4 dias	71,2	12,6		72,6	10,1		73,9	12,9		62,8	12,5	
5 dias	75,2	15,0		73,6	13,4		75,2	15,1		65,9	12,7	
Grau de Satisfação por participar do projeto												
Indiferente	58,7	15,0	0,002**	66,7	15,2	0,024**	65,5	10,1	0,008**	53,1	10,8	0,011**
Satisfeito	71,1	15,1		70,6	11,2		71,9	14,1		63,4	12,6	
Muito satisfeito	76,0	14,1		75,1	13,6		77,3	13,9		66,7	11,8	

Nota: $p < 0,05$

* teste “t” de Student

** Teste ANOVA

Na Holanda, uma pesquisa sobre qualidade de vida, utilizando o instrumento FACT-B (Avaliação Funcional da Terapia do Câncer de Mama), constatou que a aplicação de questões relativas aos domínios físico, psicológico, social e meio ambiente são compatíveis em diversas situações de doença crônicas. A pesquisa comparou os resultados de 1457 pacientes com doenças crônicas com os resultados de 1851 pessoas sem doenças crônicas. A pesquisa mostrou que as maiores alterações ocorreram nos domínios social e psicológico, sendo que o grupo saudável apresentou valores mais altos (ARNOLD *et al.*, 2004).

Em contrapartida, as más condições de saúde dos idosos frequentemente observados no nosso meio, retratam os problemas gerais de condições de vida da população brasileira, além das dificuldades de acesso a uma assistência à saúde adequada. Habitualmente, observam-se idosos com incapacidades ou graves prejuízos funcionais passíveis de prevenção e/ou reabilitação, sendo vítimas da falta de investimento na saúde pública do país (ALBUQUERQUE, 2001). Isso representa um reflexo do sistema de saúde que, face à quase inexistência de medidas de promoção de saúde e de profilaxia primária e secundária de doenças, não deixa outra opção aos idosos senão procurar recursos na rede pública de saúde,

onde permanecem em tratamento durante muitos anos, ocupando os leitos hospitalares e com reinternações freqüentes (JACOB FILHO, 2000). A partir deste contexto salienta-se a importância da prevenção em saúde, principalmente no que se diz à prática de exercícios físicos.

Seqüencialmente, na tabela 10, houve diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) no domínio físico em relação aos participantes que realizaram cirurgia (auto-relatado). Dos 73,8% participantes do estudo que afirmaram ter realizado cirurgia, observou-se que os escores de QV foram maiores quando comparado aos que nunca realizaram algum tipo de cirurgia ao longo de sua vida, exceto no domínio psicológico, pressupondo afetar a auto-estima após procedimento cirúrgico. Durante o processo de entrevista foi considerado todo e qualquer tipo de cirurgia durante período de vida do entrevistado. Dessa forma, o fato de a QV demonstrar ser melhor do que os indivíduos que nunca fizeram, pode haver um viés, pois pode ter havido cirurgias de pouca relevância e/ou realizadas eletivamente na juventude, fazendo deste dado não confiável.

As médias de qualidade de vida elevadas em relação à negação das respostas de doenças e cirurgias, vem de encontro à importância da atividade física regular em grupo nos idosos. Vilela Jr. *et al.* (2007) em pesquisa na cidade de Fortaleza, Estado do Ceará, utilizando o WHOQOL-*bref*, concluíram que mulheres idosas (com mais de 60 anos) “praticantes de exercício físico apresentam melhores resultados de qualidade de vida do que o grupo não praticante em todos os domínios do WHOQOL-*bref*”, ressaltando assim a influência positiva do exercício físico na qualidade de vida das mulheres.

Mazo *et al.* (2008) analisou os níveis de atividade física (AF) e a sua relação com a qualidade de vida em 198 mulheres idosas ($73,6 \pm 5,9$ anos) participantes de grupos de convivência para idosos, na cidade de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. A amostra foi classificada de acordo com os níveis de AF em: menos ativo (< 150 min/sem) e mais ativo (≥ 150 min/sem). Os resultados indicaram que as idosas mais ativas foram as que apresentaram médias mais elevadas nos domínios psicológicos e físicos de QV, demonstrando melhor QV nesses domínios. Também as idosas que apresentaram um pior resultado no domínio físico da QV têm um risco três vezes maior de serem menos ativas fisicamente. Deste modo, estes resultados sugerem que a AF desempenha um papel importante na QV das mulheres idosas, a qual é o propósito de estudar os usuários das Academias da Melhor Idade em relação a sua qualidade de vida.

Deforche e Bourdeaudhuij (2000) estudaram durante um ano 75 idosos envolvidos em programas de exercício físico estruturado e 75 que não praticavam nenhuma atividade física organizada. Os sujeitos envolvidos em programas de exercício físico revelaram mais altos níveis de atividade, maior auto-eficácia e confirmaram a importância das influências sociais, comparados com os respondentes que não praticavam. Como estratégia de intervenção importante, deve ser estimulada a participação de idosos em programas de atividade física estruturada, na companhia da família ou amigos, para aumentar o suporte social e a competência percebida.

Os resultados da tabela 10 mostram também que em todos os domínios, a participação dos usuários das AMI's compreendido no período de 13 à 24 meses, foi o que apresentou os maiores escores de qualidade de vida. Este dado vem de encontro ao ano de início de implementação do Programa AMI, a qual indica que quanto maior o período da prática na academia (em meses), melhor qualidade de vida dos usuários. De certa forma, não houve diferença estatisticamente significativa entre os domínios da QV.

Foi observado também que quanto maior a frequência semanal (≥ 3 vezes/semana) nas AMI's, maior foi a qualidade de vida dos usuários. A regularidade nos exercícios é fundamental na obtenção de resultados físicos, psicológicos, sociais e ambientais. Todavia, nesta categoria, não houve diferença significativa entre os domínios da QV.

A maioria (96,8%) dos usuários consideram-se satisfeitos e muitos satisfeitos após iniciar às AMI's, de fato, em todos os domínios de QV, foi observado diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) quanto ao grau de satisfação em participar do Programa AMI. Isto se deve a diferença do número de respondentes nas subcategorias, onde os insatisfeitos são minoria.

Considera-se que a qualidade de vida provém da habilidade e da capacidade dos indivíduos de satisfazerem suas necessidades, tanto as que são inerentes quanto aquelas que são aprendidas, e uma "qualidade de vida alta" é alcançada quando o indivíduo satisfaz suas necessidades. Sabe-se, todavia que a qualidade de vida de um indivíduo pode ser atribuída à vários fatores, inclusive à sua condição e classificação socioeconômica.

De fato, também os fatores sociodemográficos exercem uma influência importante na qualidade de vida da população, uma vez que estes oferecem um suporte material para o bem-estar, que influencia o modo de lidar com os graus de qualidade da habitação, a independência econômica e a estabilidade financeira, entre outros (VERAS e ALVES, 1995).

5.4 QUALIDADE DE VIDA EM USUÁRIOS DO PROGRAMA AMI DE JOINVILLE-SC (GRÁFICOS)

A fim de facilitar interpretação dos dados, optou-se em fornecer os dados em gráficos que ilustram de forma clara o comportamento da qualidade de vida em relação às variáveis preditoras (grupo etário, estado civil, IMC auto-relatado, classe econômica, região demográfica, além do grau de satisfação quanto a prática na AMI) do estudo em relação aos quatro domínios do WHOQOL-*bref*.

O gráfico 1 expressa o comportamento dos quatro domínios da QV em relação ao grupo etário da amostra. Observa-se que o escore de QV mais elevado encontra-se no grupo etário compreendido entre 50-59 no domínio social; e o escore mais baixo no grupo etário entre 70-80 anos de idade no domínio meio ambiente. De um modo geral, o domínio meio ambiente apresentou as menores médias de QV (aproximadamente 10%) quando comparado aos outros domínios em todos os grupos etários. Para os domínios físico e psicológico foi possível observar aumento da QV até a faixa de 60-69 anos, com uma posterior queda brusca. O grupo etário acima de 70 anos de idade obteve uma menor pontuação média para QV em todos seus domínios, quando comparado com os escores de pessoas mais jovens. A QV no domínio social diminui gradativamente com o aumento da idade. Já no domínio psicológico aumenta até os 69 anos e após tem uma redução brusca da QV. Esses achados são consistentes com os estudos relatando uma diminuição na qualidade de vida com o aumento da idade.

Embora a literatura confirme que com o aumento da idade haja uma redução dos escores de qualidade de vida (LIM e FISHER, 1999; GARCÍA *et al.*, 2005), é importante destacar que no estudo de Pereira *et al.* (2011), a idade não foi fator de risco significativo para escores de qualidade de vida abaixo da mediana, uma possível explicação seria de que a comparação teria sido realizada entre indivíduos de uma mesma faixa etária (idosos de 60 a 100 anos), enquanto outros trabalhos realizam comparações entre indivíduos das faixas etárias mais jovens e os idosos.

Jakobsson *et al.* (2004), ressaltam que, apesar do declínio da qualidade de vida com o aumento da idade, nem todos os idosos a relatam baixa. “Com o envelhecimento, há um declínio nos aspectos físicos da qualidade de vida, porém pode não haver mudanças, ou apenas discretas alterações, nos aspectos mentais, podendo assim serem explicadas as diferenças no número de pessoas idosas que experimentam uma qualidade de vida boa ou aceitável”. Covinsky *et al.* (1999), em estudo de população idosa (80 a 101 anos), verificaram que mais de 51% relataram boa ou muito boa qualidade de vida.

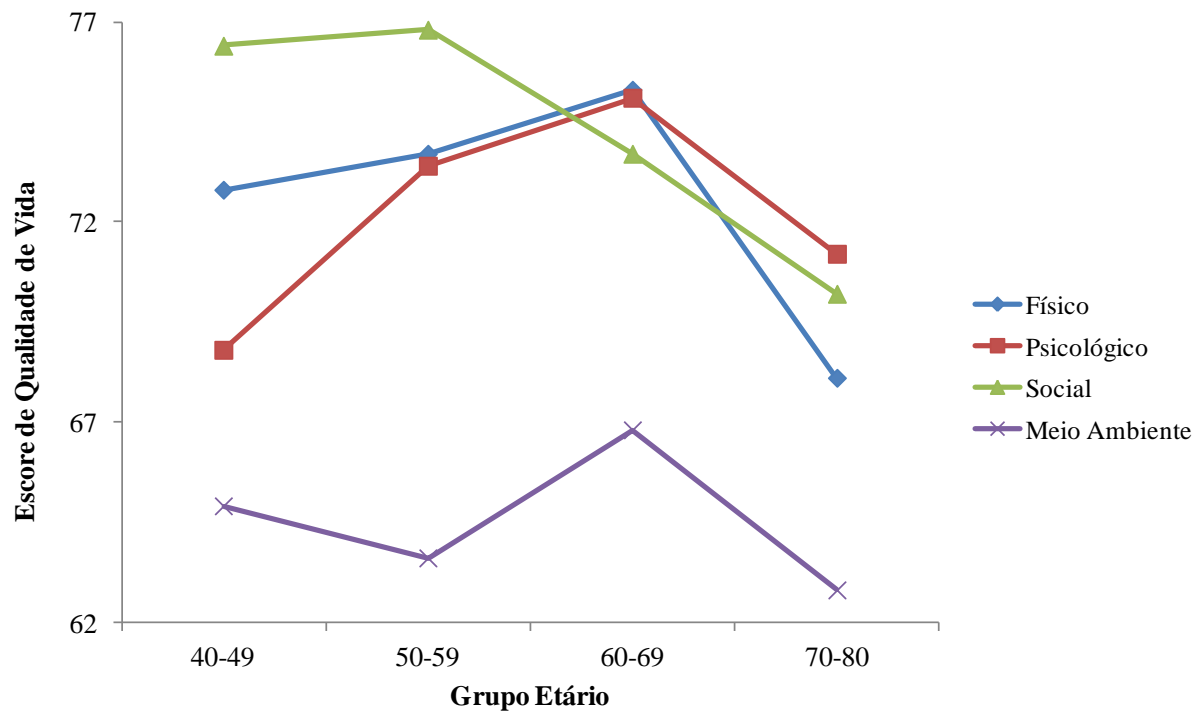


Gráfico 1: Média dos escores do WHOQOL-*bref* das sub-amostras estratificadas por grupo etário.

Na amostra estratificada por estado civil demonstrado no Gráfico 2, a QV obtida no domínio meio ambiente foi menor do que os outros domínios, onde os casados no domínio social apresentaram maior escore de qualidade de vida frente aos demais domínios. Sabe-se, portanto que a maioria dos participantes do estudo são casados. Outro fato interessante, é que a QV é considerável nos domínios físico e psicológico para os usuários viúvos. Os usuários desquitados/separados apresentam melhor qualidade de vida nos domínios psicológico e físico.

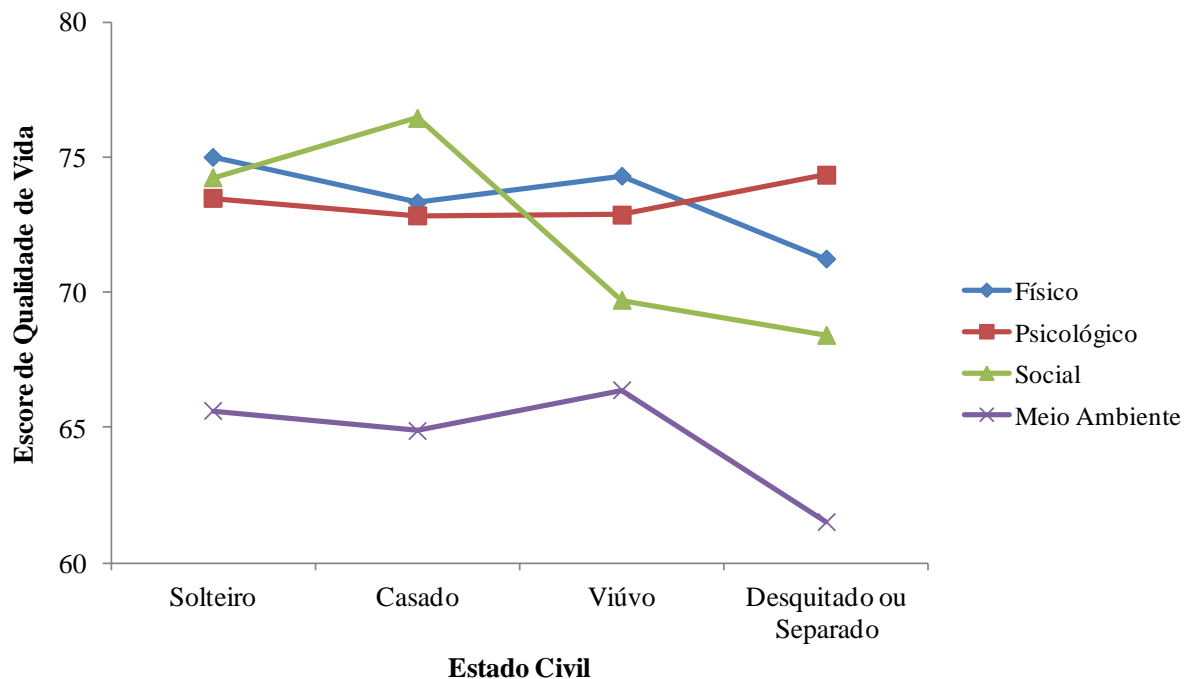


Gráfico 2: Médias dos escores do WHOQOL-bref das sub-amostras estratificadas por estado civil.

O gráfico 3 relaciona qualidade de vida com o Índice de Massa Corporal, onde demonstra que em todos os domínios as médias de QV diminuíram conforme aumento de peso relatado pelos usuários das AMI's. Mesmo sabendo-se que a maioria dos usuários das AMI's apresentam sobrepeso, os escores de QV apresentaram-se em todos os domínios com médias baixas para os usuários obesos. Tais resultados podem estar refletindo a presença diferenciada de fatores determinantes de sobrepeso e obesidade relacionados a condições de vida, história ocupacional e estilos de vida, principalmente atividade física e consumo alimentar, conforme gênero, nas diversas realidades sociais e culturais brasileiras (TAVARES e ANJOS, 1999).

O domínio meio ambiente apresenta as médias mais baixas de QV, porém apenas nos domínios físico e psicológico houve diferença estatisticamente significante ($p < 0,05$).

A literatura científica sobre o peso corporal (OPAS, 2003; WHO, 1995; MATROENI *et al.*, 2007; TAVARES e ANJOS, 1999; MATSUDO, 2001) tem enfatizado os riscos associados a sobrepeso, mostrando pouca atenção a influência da qualidade de vida, a qual rege este estudo. A detecção precoce de eventual alteração do estado nutricional de uma população é essencial para o desenvolvimento de trabalhos preventivos ou de intervenção terapêutica, evitando o desenvolvimento de doenças no futuro, diminuindo sua qualidade de vida.

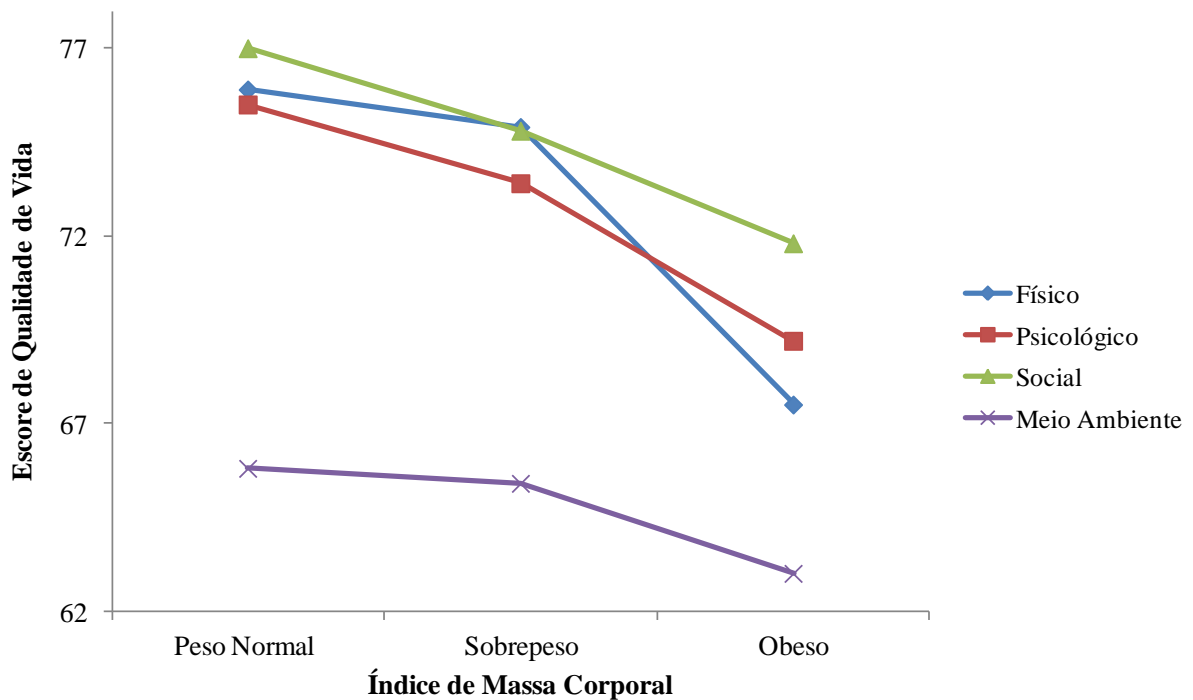


Gráfico 3: Médias dos escores do WHOQOL-*bref* das sub-amostras estratificadas pelo IMC auto-relatado.

O Gráfico 4 demonstra que a qualidade de vida dos usuários das AMI's diminui de acordo com a classe social mais baixa. Pode-se observar que as classes econômicas apresentam comportamento distinto de QV entre os seus domínios. Por exemplo, no domínio psicológico a QV pouco se altera, exceto na classe D. Já nos domínios físico, social e meio ambiente, os escores de QV vão sofrendo declínio a partir da classe B até D. Indivíduos das classes mais baixas (C e D) apresentaram menores escores de QV em comparação com indivíduos das classes mais elevadas. Para a classe A2 ocorreu tendência diferenciada, ou seja, média de QV baixa no domínio físico, possivelmente devido à quantidade reduzida de usuários entrevistados neste subgrupo.

A maioria do usuários das AMI's encontram-se na classe social B2 e C1, sendo que ao avaliar a qualidade de vida das classes econômicas, obteve-se valores aproximados, exceto no domínio meio ambiente.

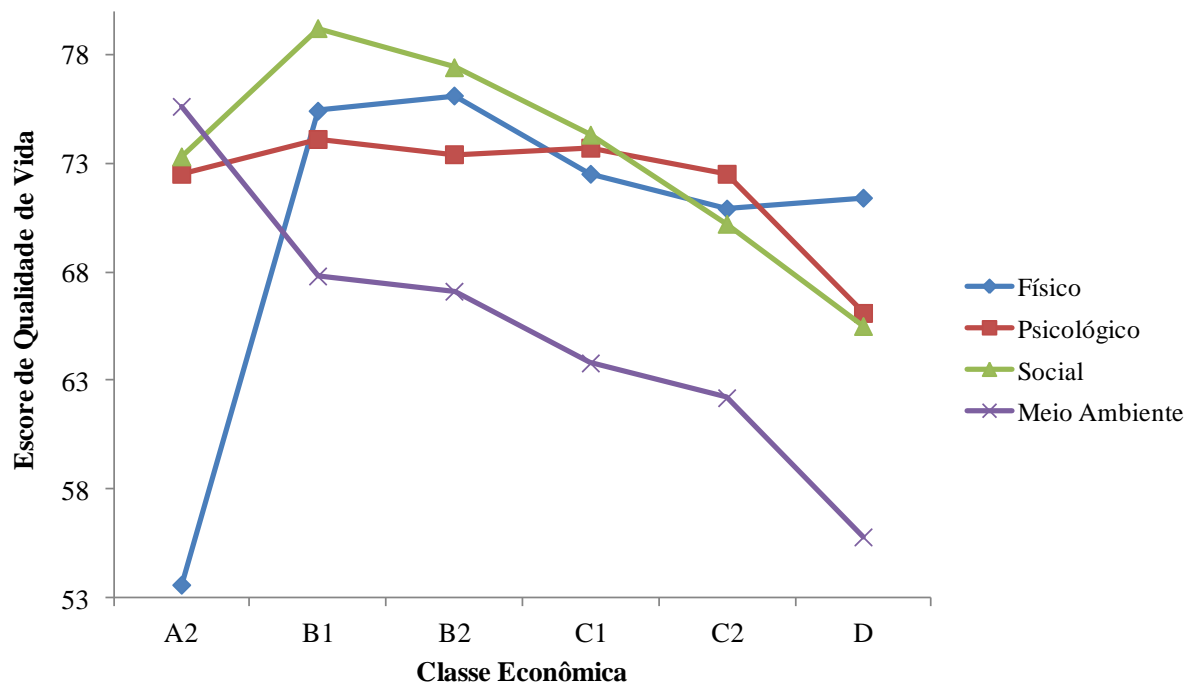


Gráfico 4: Médias dos escores do WHOQOL-bref das sub-amostras estratificadas por classe econômica.

O gráfico 5 demonstra a QV em relação à ocupação profissional, onde os escores de QV são mais elevados nos grupos com emprego informal e no aposentado. O domínio meio ambiente, assim como nas outras variáveis do presente estudo, apresentam menores escores em relação aos outros domínios. O domínio social apresentou maior escore de QV no ‘emprego informal’, seguido do ‘dona de casa’. Já no domínio psicológico destacou-se em apresentar o menor escore de QV na categoria dona de casa. E os domínios social e físico tem os menores valores de QV na ocupação ‘desempregado’.

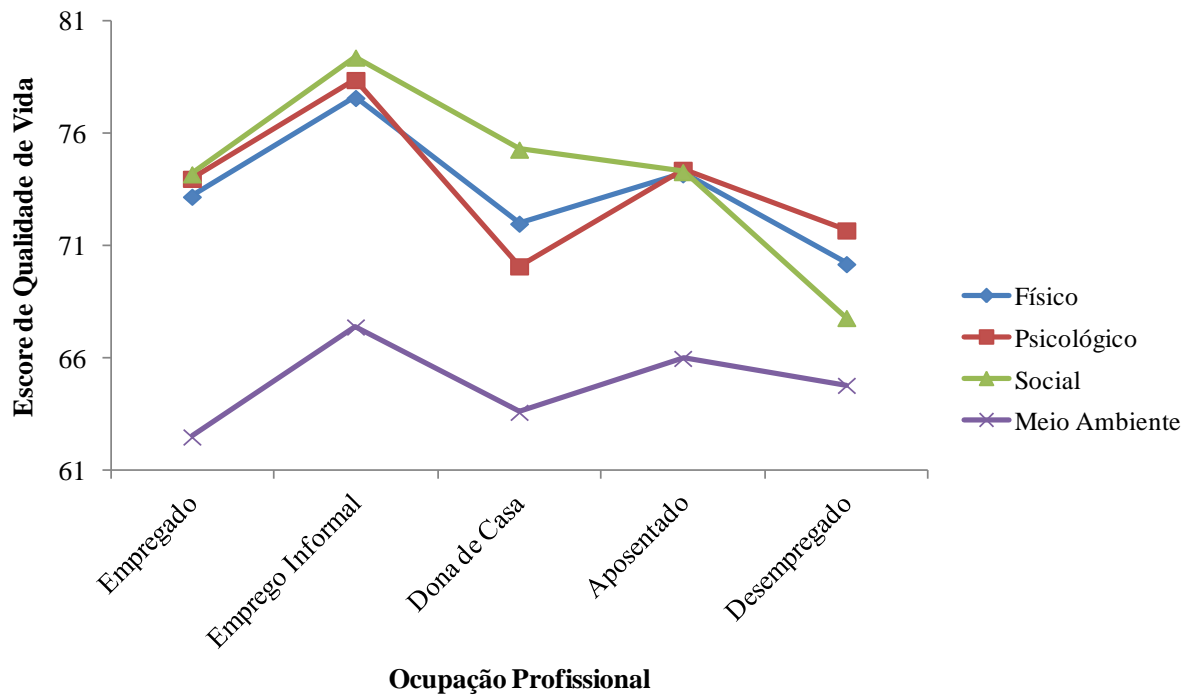


Gráfico 5: Médias dos escores do WHOQOL-*bref* das sub-amostras estratificadas por ocupação profissional.

O gráfico 6 esboça as pontuações de qualidade de vida dos usuários em relação à região demográfica de Joinville. Observa-se que os maiores escores de QV foram nas regiões oeste e leste. O domínio meio ambiente apresentou escores baixos de QV, exceto na região central do município.

Nesta categoria, deve-se levar em conta a localização das AMI's nas 22 praças distribuídas no município, pois mesmo sabendo-se que as regiões que houve maior participação dos usuários nas AMI's foram nas regiões leste e norte, com mínima participação no centro do município, leva-se em conta a avaliação da qualidade de vida em função da amostra estratificada.

Mazo (2003) em seu estudo com mulheres idosas verificou que “o domínio meio ambiente de qualidade vida relaciona-se com as características, sendo que as mais idosas apresentam maior segurança física onde vivem, e estão satisfeitas com o acesso aos serviços de saúde.” Por conseguinte, resultados expressados pelos usuários das AMI's através do questionário WHOQOL-*bref* evidenciam em suas respostas que 70,7% estão satisfeitos com sua a segurança física e 54,3% estão satisfeitos com acesso aos serviços de saúde. Estes quesitos enquadram no domínio meio ambiente, a qual apenas na região sul apresentou menor escore de QV.

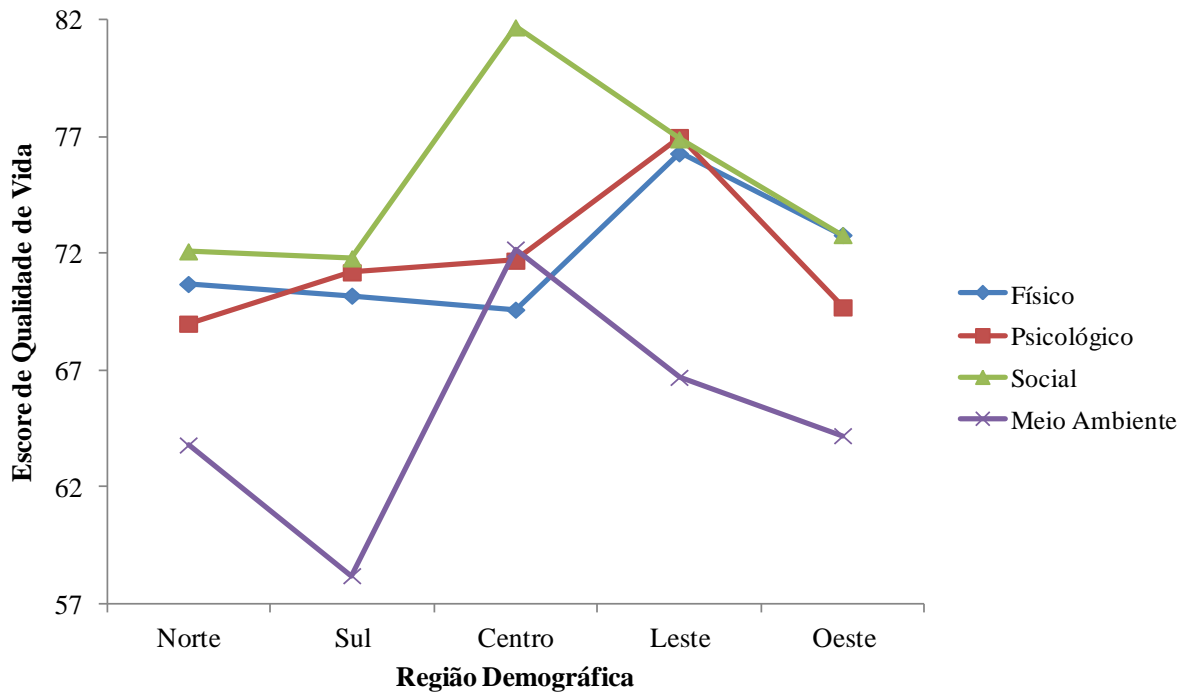


Gráfico 6 : Médias dos escores do WHOQOL-*bref* das sub-amostras estratificada por região demográfica de Joinville.

O gráfico 7 relaciona o tempo de participação (em meses) nas AMI's e a influência da qualidade de vida. Foi possível constatar que a QV aumenta após o primeiro ano de prática na academia, sendo que após o segundo ano de prática há diminuição da QV entre os usuários. Este fato decorre do número reduzido de usuários que praticam a mais de dois anos as AMI's. Ressalta-se ainda que ao iniciar a coleta de dados, a AMI estava completando dois anos.

Os domínios social e físico destacaram-se com escores mais elevados de QV ao longo do tempo de participação nas AMI's. Em contrapartida, o domínio meio ambiente obteve médias reduzidas da QV.

Ragheb e Griffith (1982) observaram que, “quanto maior a frequência de participação em atividades de lazer, maior o nível de satisfação de vida. O significado de lazer, atitude para o lazer e qualidade de lazer é associado à satisfação de vida. A participação em jogos esportivos e atividades ao ar livre mostram associações fortes à satisfação de vida.”

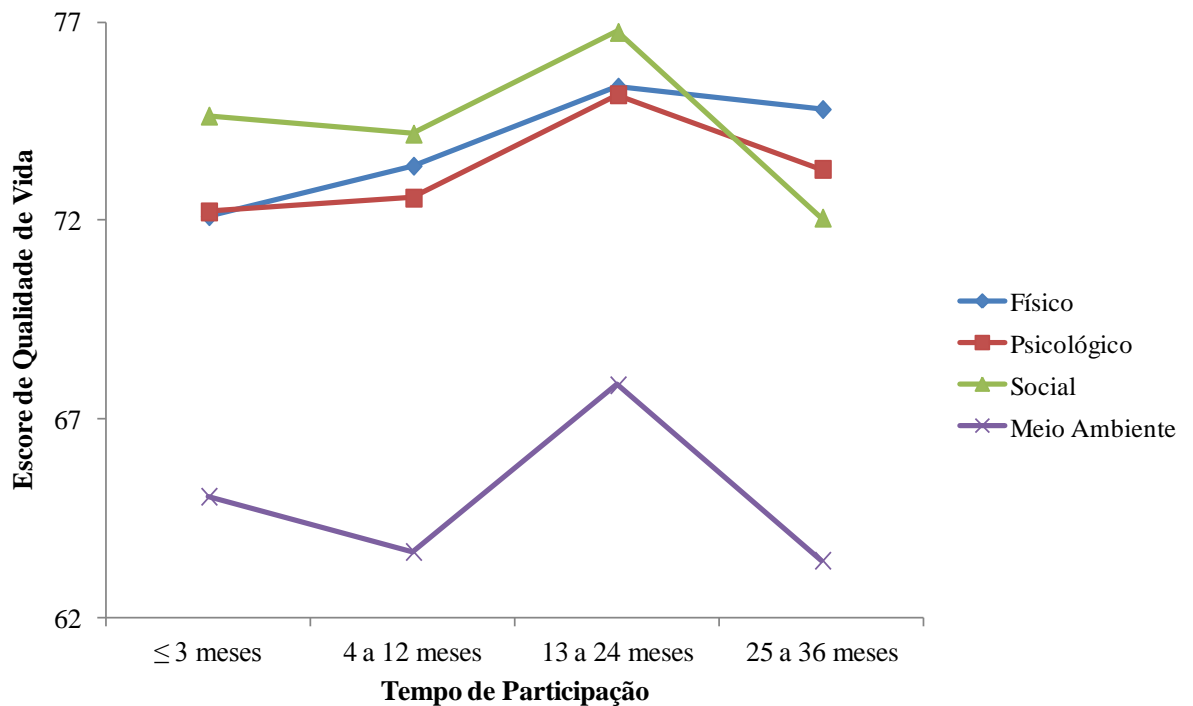


Gráfico 7: Médias dos escores do WHOQOL-*bref* em relação ao tempo de participação (em meses) nas AMI's.

É possível identificar no gráfico 8 que a qualidade de vida aumenta conforme a frequência semanal de participação nas AMI's. Esse aumento progressivo é evidenciado em todos os domínios, sendo que quanto mais vezes por semana o usuário pratica os exercícios, maior sua QV. O domínio Meio ambiente denota menores valores quando comparado aos outros domínios.

O lazer e a recreação devem ser desenvolvidos e estimulados no trabalho com os idosos, pois podem proporcionar atividades recreativas, momentos de descontração e alegria (MAZO *et al.*, 2001). Pelo fato do Programa Academia da Melhor Idade da FELEJ, proporcionar meios que estimulem a atividade física regular, além de muitas outras facetas, observou-se que este programa é um meio de recreação e lazer, a qual possui creditação de seus usuários. Ao responderem sobre este item no questionário WHOQOL-*bref*, 50,4% dos usuários das AMI's relataram possuir oportunidades de atividades de lazer em sua vida, sendo a ida à academia ao ar livre uma oportunidade e atividade de lazer.

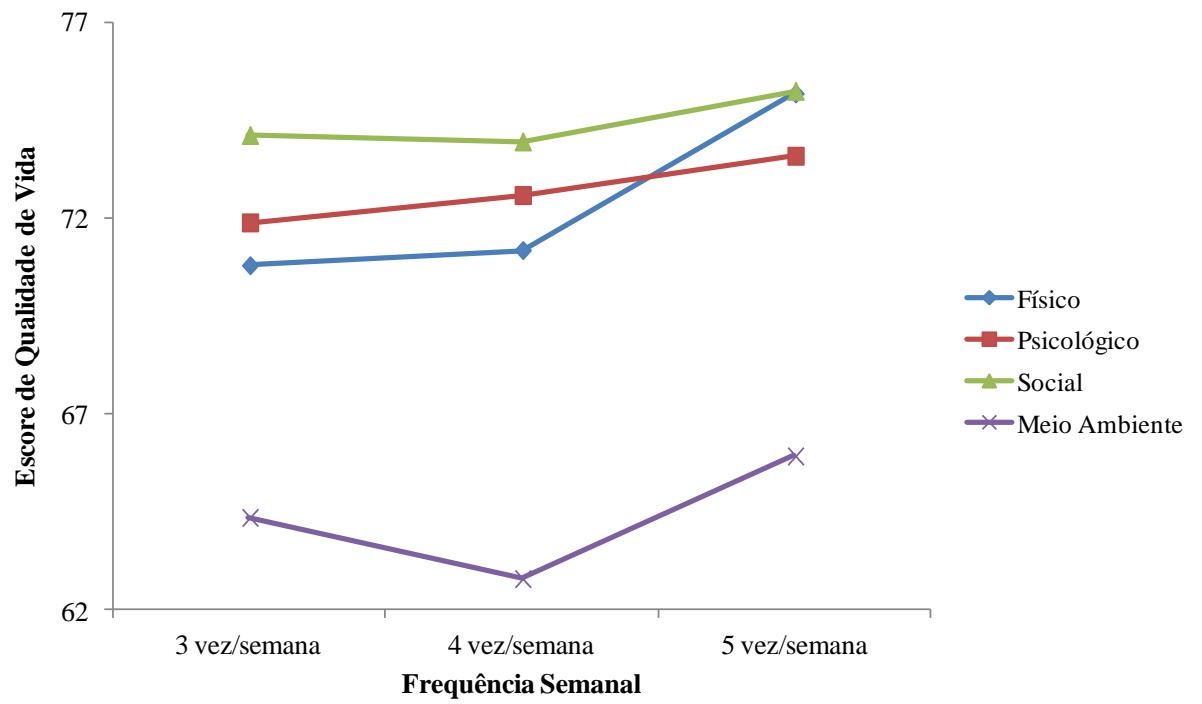


Gráfico 8: Médias dos escores do WHOQOL-*bref* em relação à frequência semanal nas AMI's.

CAPÍTULO 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou descrever o perfil socioeconômico e demográfico, além da qualidade de vida em usuários do Programa de Academias da Melhor Idade (AMI) das praças públicas do município de Joinville, utilizando o instrumento WHOQOL-*bref* (World Health Organization of Life Instrument Bref) da Organização Mundial de Saúde. Este foi o primeiro estudo desenvolvido no Brasil que descreveu a avaliação da Qualidade de Vida utilizando o instrumento WHOQOL-*bref* em usuários adultos e idosos em academias ao ar livre. Com a aplicação dessa ferramenta foi possível comparar os escores de qualidade de vida da amostra com valores de pesquisas já desenvolvidas no Brasil e no mundo.

Os resultados sugerem que a presença de prática física regular em academias de praças públicas, exerce importante influência na qualidade de vida dos sujeitos. Sendo assim, a descrição da qualidade de vida aparece como um desfecho relevante, pois pela sua multidimensionalidade é potencialmente capaz de detectar a magnitude e abrangência do comprometimento que o sedentarismo impõe. Através da análise dos resultados obtidos no estudo e conforme os objetivos propostos, pode-se concluir que o perfil dos usuários das AMI's tem suas especificidades e peculiaridades inerentes à qualidade de vida, tais como:

a) Em relação às variáveis preditoras/ perfil socioeconômico e demográfico:

- a média de idade dos usuários das AMI's é de 59 anos; a maioria são mulheres; os praticantes em sua maioria são casados e aposentados; e o grupo etário mais numeroso entre 60-69 anos de idade.
- mais da metade da amostra total são considerados idosos, onde a maioria são homens.
- prevaleceram usuários com sobrepeso, através do IMC (auto-relatado).
- a maioria dos usuários está enquadrada na classe média (Classe Social B2).
- a região demográfica do município de Joinville-SC que mais apresentou participação dos usuários das AMI's foi na região Leste.

b) Em relação aos escores dos quatro domínios da qualidade de vida, por gênero:

- o maior escore de QV foi no domínio social (74,7), e menor, no domínio meio ambiente (64,9).

- os domínios físico, social e meio ambiente não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os gêneros.
- apenas o domínio psicológico apresentou diferença estatisticamente significativa entre os gêneros.
- os escores mais elevados de QV, em todos os domínios foram encontrados nos homens.

c) Em relação aos escores dos quatro domínios da qualidade de vida, às variáveis preditoras:

- as médias de QV da amostra foram superiores, quando comparada às médias encontradas em estudos realizados no Brasil e no mundo, nos quatro domínios do WHOQOL-*bref*.
- De um modo geral o domínio meio ambiente apresentou valores reduzidos em relação aos demais.
- A faixa etária de 60 à 69 anos obteve maiores valores de QV em todos os domínios, com exceção do domínio social.
- houve diminuição da qualidade de vida com o aumento da idade.
- houve diminuição da qualidade de vida com o aumento de peso corporal.
- quanto menor a classe econômica, menor a qualidade de vida dos usuários.
- a ocupação no mercado de trabalho informal trouxe maior qualidade de vida aos usuários do que estarem aposentados.
- os residentes das regiões demográficas leste e oeste tiveram a melhor QV; e os das regiões sul e norte tiveram os piores escores de qualidade de vida.
- os usuários que não são portadores de doença crônica e também aqueles que nunca realizaram uma cirurgia possuíram maior qualidade de vida.
- quanto maior a frequência semanal e quanto mais tempo (em anos) de participação, melhor a qualidade de vida dos usuários das AMI's.

Fato importante também foram os escores de qualidade de vida reduzidos evidenciados no domínio meio ambiente, visto que são os recursos financeiros, as condições de moradia e transporte, segurança física, cuidados com a saúde que os caracteriza - revelando a necessidade por parte dos gestores em saúde e órgãos públicos, subsidiar condições de melhoria de qualidade de vida para esta população. Esses cuidados objetivam inclusive, elevar esse índice de QV aos patamares dos outros domínios.

Nossos resultados podem ser úteis para pesquisadores usando o *WHOQOL-bref* para comparar seus resultados com dados normativos de uma amostra selecionada aleatoriamente da população geral, bem como repetir o mesmo experimento após algum tempo. Além disso, a capacidade do *WHOQOL-bref* para discriminar diferentes subgrupos populacionais torna uma importante ferramenta para identificação de grupos vulneráveis em inquéritos epidemiológicos.

Os estudos sobre a qualidade de vida em indivíduos adultos e idosos têm-se revelado de grande importância para maior compreensão no processo de envelhecimento. Esses estudos devem levar em consideração que o processo de envelhecimento é uma experiência heterogênea e subjetiva, em que cada indivíduo pauta a sua vida de acordo com padrões, normas, expectativas, desejos, valores e princípios diferentes. Conseqüentemente, a descrição da qualidade de vida dos participantes do estudo foi multidimensional e sensível à grande diversidade dessa população. Para isso, a partir dos dados coletados, sugere-se dar continuidade ao estudo, essencialmente em uma análise que tange avaliação psicológica e sociológica deste contexto.

A terceira idade é o segmento populacional de maior crescimento proporcional, tanto no Brasil como no restante do mundo. A partir da descrição da qualidade de vida nos usuários das Academias da Melhor Idade deste estudo, tornou-se ainda mais importante o incentivo da prática física regular nesta população, sobretudo propor outros programas que resultem na prevenção de doenças, na manutenção da capacidade funcional e no aumento da expectativa de vida, e especialmente na melhora da qualidade de vida dos participantes. Esses programas de academias ao ar livre são acessíveis a um grande número de indivíduos e representam alternativa de investigação e investimento à Saúde Pública preventiva.

Conhecer a qualidade de vida das pessoas e os fatores que contribuem para uma redução ou aumento da qualidade de vida torna-se imprescindível aos provedores de cuidados em saúde e gestores governamentais para que sejam capazes de melhorar a vida diária e a qualidade de vida da população; além de fator essencial a ser considerado quando se propõem ações e políticas de saúde e qualidade de vida para esta população. Conclui-se, portanto que os resultados verificados durante o período de coleta indicam bons índices de qualidade de vida quando comparado ao Brasil e mundo, o que sugere a importância do incentivo à prática física regular a fim de prevenir o isolamento e a imobilização que podem ocorrer no processo de envelhecimento.

REFERÊNCIAS

- ABEP. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISAS. **CCEB 2008:** Critério de Classificação Econômica no Brasil - Base LSE 2009, em vigor a partir de 01/04/2011. Disponível em: <<http://www.abep.org>>. Acesso em: 13 de maio de 2011.
- ABEP. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISAS. **CCEB 2008:** Critério de Classificação Econômica no Brasil – Versões anteriores, Base LSE 2008, em vigor em 2010. Disponível em: <<http://www.abep.org>>. Acesso em: 02 de agosto de 2010.
- ALBUQUERQUE, S. M. R. L. **Assistência domiciliar:** diferencial na qualidade de vida do idoso portador de doença crônica [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2001.
- ANDERSON, M. I. P.; ASSIS, M.; PACHO, L. C.; MENEZES, I.S.; SIVA, E.A.; DUARTE, T.; STORINO, F.; MOTA, L. (1998). **Saúde e qualidade de vida na terceira idade.** Equipe de saúde da UnATI/ Núcleo de Atenção ao Idoso. NAI. [On-line]: www.unati.uerj.br.
- ARNOLD, R.; *et al.*. The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. **Kluwer Academic Publishers**, v.13, p.883-896, 2004.
- BARBOT-COLDEVIN, J. Desigualdades baseadas en el género: la adulta mayor y su mayor vulnerabilidad. In: **ENCUENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO SOBRE LAS PERSONAS DE EDAD**, 1999, Santiago. Anais... Santiago: CELADE, 2000. p. 257-270. (Seminarios y Conferencias - CEPAL, 2).
- BERQUÓ, E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: **Anais do I Seminário Internacional Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século.** Brasília (BR): MPAS/SAS; 1996. p. 16-34.
- BITTENCOURT, Z. Z. L. de C.; HOEHNE, E. L. Quality of life of deaf people's relatives assisted in a rehabilitation center. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p.1235-1239, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de Situação em Saúde do Ministério da Saúde.** Brasília, 2010. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em 18 de outubro de 2010a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa:** manual de preenchimento. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 24 p., 2006.
- BRASIL Ministério do Trabalho e Emprego. RAIS - 2007. Evolução do emprego. Principais resultados. **Características do Emprego Formal segundo a Relação Anual de Informações Sociais.** Disponível em: <http://www.mte.gov.br/rais/2007/arquivos/Resultados_Definitivos.pdf>. Acesso em 30 de junho de 2009.
- BRAY, G.A.; POPKIN, B. M. Dietary fat intake does affect obesity! **Am. J. Clin. Nutr.**, v.68, p.1157-1173, 1998.

CABRERA, M. A. S.; JACOB FILHO, W. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e comorbidades. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 45, n. 5, p. 494-501, 2001.

CARVALHO, J.A. M. de; ANDRADE, F. C. D. **Envejecimiento de la población brasileña: oportunidades y desafíos**. In: ENCUENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO SOBRE LAS PERSONAS DE EDAD, 1999b, Santiago. Anais (Seminarios y Conferencias - CEPAL, 2) Santiago: CELADE, 2000. p. 81-102.

CARVALHO, P. L. **Qualidade de vida das mulheres com Câncer de Mama atendidas na cidade de Joinville-SC**. 70 f. Dissertação de Mestrado em Saúde e Meio Ambiente. Universidade da Região de Joinville, UNIVILLE, 2007b.

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

CASTELLÓN, A., PINO, S. Calidad de vida en la atención al mayor. **Revista Multidisciplinar de Gerontología**, v. 13, n. 3, p. 188-192, 2003.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1998.

COELHO FILHO, J. M.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev Saúde Pública**, v. 33, n. 5, p. 445-53, 1999.

COVINSKY, K.; *et al.* Health status versus quality of life in older patients: does the distinction matter? *Am J Med*, v. 106, n. 4, p 435-440, 1999.

CRUZ, L. N.; POLANCZYK, C.A.; CAMEY, S.A.; HOFFMANN, J. F.; FLECK, M.A. Quality of life in Brazil: normative values for the Whoqol-*brief* in a southern general population sample. Graduate Studies Program in Epidemiology/Health Technology Assessment Institute (IATS)/Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil. **Quality of Life Research**. v. 29, jan 2011.

DASA. Diagnósticos da América S. A. Índice de Exames. Perfil lipídico. 2009. Disponível em < www.diagnosticosdaamerica.com.br>. Acesso em 31 julho 2009.

DEFORCHE, B.; BOURDEAUDHUIJ, I. Differences in psychosocial determinants of physical activity in older adults participating in organised versus non-organised activities. **Journal of Sports Medicine and Physical Fitness**, vol. 41. n. 4, p. 479-485, 2000.

DERBERT, G. G. **A reinvenção da velhice**: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: EDUSP: FAPESP, 1999.

DELIBERATO, P. **Fisioterapia Preventiva**: Fundamentos e Aplicações. *Macule*: Barueri, 2002.

DIAS, J.; DIAS, M. H. A. A. Crescimento Econômico e as Políticas de Distribuição de Renda e Investimento em Educação nos Estados Brasileiros: Teoria e Análise Econométrica. **Estudos Econômicos**, São Paulo, 37. (4), 701-743, 2007.

DIEESE. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. **Indicadores**. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/>>. Acesso em 04 de abril de 2011.

FLECK, M. P. A., *et al.* **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008, 228 p.

FLECK, M. P. A., *et al.*. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-BREF". **Rev Saúde Pública**, n.34, p.178-83, 2000.

FLECK, M. P. A. ;LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L. *et al.* 1999. Application of the Portuguese version of the instrument for the assessment of quality of life of the World Health Organization (WHOQOL-100). **Revista de Saude Publica**, v.33, n 2,p. 198–205, 1999.

FPA. Fundação Perseu Abramo. Parceria SESC Nacional e SESC São Paulo. **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na 3ª idade**. Demandas setoriais: saúde, acessibilidades, educação, formação, informação, aposentadoria, tempo livre, lazer e outras atividades físicas. Maio de 2007. Disponível em <<http://www2.fpa.org.br/portal/modules/news/article.php?storyid=3520>>. Acesso em 08 de julho de 2009.

GANDEK, B.; WARE JR., J.E. Methods for validating and norming translations of health status questionnaires: The IQOL Project approach. *International Quality of Life Assessment*. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 51, n 11, p. 953–959, 1998

GARCÍA, L. E.; BANEGAS, B.; PÉREZ-REGADERA, G., CABRERA, H.; RODRÍGUEZ-ARTALEJO, F. Social network and health related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. **Qual Life Reses**, v. 14, n. 2, p 4-40, 2005.

GLADIS, M. M.; GOSH, E. A.; DISHUK, N. M.; *et al.* Quality of life: expanding the scope of clinical significance. **Journal of Consultant and Clinical Psychology**, v. 67, n. 3, p. 320-331, 1999.

GONÇALVES, L. H. T.; DIAS, M. M.; LIZ, T G. Qualidade de vida de idosos independentes segundo proposta de avaliação de Flanagan. **O mundo da Saúde**, v. 23, n. 4, p. 214-20, jul/ago, 1999.

HHS. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **The surgeon general's call to action to prevent and decrease overweight and obesity**. [Rockville, MD]: department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, [2001].

HUNT, S. M. The problem of quality of life. **Quality of Life Reserch**, v. 6, n. 3, p. 205-212, 1997.

IASO. INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF OBESITY. **About obesity**. <<http://www.ioft.org/>>. Acesso em: 12 de dezembro de 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico: Brasil, Rio de Janeiro, 1991 e 2000**.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados do Censo 2010 publicados no Diário Oficial da União do dia 04/11/2010**. Dados: Santa Catarina. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=42> Acesso em 15 de novembro de 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE-Cidades**. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em 14 de abril de 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009. **A dinâmica demográfica brasileira e os impactos nas políticas públicas**. Brasil, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009. **Sobre as condições de saúde dos idosos: indicadores selecionados**. Brasil, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. n. 9. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. Brasil. Rio de Janeiro, 2002.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por amostras de domicílios 2009. Síntese de Indicadores 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/>>. Acesso em 28 de julho de 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sala de Imprensa: tábuas completas de mortalidade 2009. **Em 2009, esperança de vida ao nascer era de 73,1 anos**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1767&id_pagina=1>. Acesso em 01 de dezembro de 2010.

IBRE. Instituto Brasileiro de Economia. **Indicadores sociais**. 2011. Disponível em <<http://portalibre.fgv.br/>>. Acesso em 09 de abril de 2011.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Inquérito Domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis**. Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/inquerito/>>. Acesso em 25 de agosto de 2009.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Comunicado da presidência n. 8. 18 set 2008. **Terceira idade e esperança de vida: o Brasil no cenário internacional**. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em 01 julho 2009.

IPPUJ. Fundação Instituto de Pesquisa e Planejamento para o Desenvolvimento Sustentável de Joinville. **Joinville - Cidade em Dados 2009**. Joinville: Prefeitura Municipal, 2009, 164 p.

JACOB FILHO, W. **Doenças degenerativas e a assistência domiciliar**. Jovem Médico (Edição especial: Adesão ao tratamento), p. 19-23, 2000.

JAKOBSSON, U.; HALLBERG, I. R.; WESTERGREN, A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. **Qual Life Reses**, v. 1, n 13, p 125-136, 2004.

LASHERAS, C.; GONZÁLEZ, C.; GARCÍA, A.; PATTERSON, A., FERNÁNDEZ, S. Dietary intake and biochemical indicators of nutritional status in an elderly institutionalized and noninstitutionalized population. **Nutrition Research**, v.19, n. 9, p. 1299-312, 1999.

LIM, L., FISHER, J. Use of the 12-item short form (SF-12) health survey in an Australian heart and stroke population. **Qual Life Res**, v. 8, n. 1, p 1-8, 1999.

LIMA, F. 2011. **Academia ao ar livre: vale a pena?** Revista Época. Editora Globo. Disponível em<<http://www.unimed.com.br>>. Acesso em 18 julho 2011.

MAIA, A. G. A. A contribuição das fontes de rendimento na dinâmica da distribuição espacial de renda no Brasil. **Nova Economia**. Belo Horizonte. 20(3). 461-490, 2010.

MARUCCI, M. F. N.; BARBOSA, A. R. Estado nutricional e capacidade física. In: **SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003, p. 93-117.

MASTROENI, M. F.; *et al.* Perfil demográfico de idosos da cidade de Joinville, Santa Catarina : Estudo de base domiciliar. **Rev. Brasileira Epidemiologia**, v 10, n. 2, p. 190-201, 2007.

MATSUDO, S. M. M. **Envelhecimento e atividade física**. Londrina: Midiograf, 2001.

MAZO, G. Z. **Atividade física, qualidade de vida e envelhecimento**. Porto Alegre: Sulina, 2008, 160p.

MAZO, G. Z. **Atividade física, qualidade de vida e mulheres idosas**. Universidade do Porto, Porto, Portugal: Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física (Tese de Doutorado), 203 p., 2003.

MAZO, G. Z; MOTA, J.; GONCALVES, L. H. T. *et al.* Atividade física e qualidade de vida de mulheres idosas da cidade de Florianópolis, Brasil. **Rev. Port. Cien. Desp.**, v. 8, n. 3, p.414-423,dez. 2008.

MENDES, M. R. S. S. B.; GUSMÃO, J. L.; FARO, A. C. M.; LEITE, R. C. B. O. A situação do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul Enferm**, v. 18, n. 4, p. 422-6, 2005.

MENDONÇA, C. P.; ANJOS, L. A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública**,v.20, n.3, p.698-709, 2004.

MINAYO, M. C. de s.; HARTZ, Z. M. de A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, 2000.

MONTILLA, R. N. G.; MARUCCI, M. F. N.; ALDRIGHI, J. M. Avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar de mulheres no climatério. **Rev Assoc Med Bras**, v. 49, n.1, p. 91-5, 2003.

MTE. Ministério do Trabalho e Emprego. **CBO: Classificação Brasileira de Ocupações**. Brasília: MTE, SPPE, v. 1., 828 p., 2010.

NAHAS, M. V. **Atividade Física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf, 2003.

NIH. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. Bethesda, MD: Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute, 1998.

OHAERI, J. U.; AWADALLA, A. W.; GADO, O. M. Subjective quality of life in a nationwide sample of Kuwaiti subjects using the short version of the WHO quality of life instrument. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 44, n. 8, p. 693–701, 2009.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade**: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, 60 p., 2003.

ORLEY, J. **Whoqol-Bref - Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment**. 1996. Programme on Mental Health. World Health Organization. 18p, 1996.

PATE, R. R. *et al*. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. **JAMA**, n.273, v.5, p.402-407, fev. 1995.

PEREIRA D. E. C. **Qualidade de vida na terceira idade e sua relação com o trabalho, no grupo de terceira idade "Amor e Carinho", de Santa Terezinha de Itaipu-PR** [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

PEREIRA, R. J. ; *et al*. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v. 28, n. 1, p. 27-38, 2006.

PEREIRA, R. J.; *et al* . Influência de fatores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, jun., 2011.

PITANGA, F. J. G. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Rev. Bras. Ciên. e Mov.** Brasília, v.10, n. 3, p. 49-54, julho 2002.

RAGHEB, M. G. ; GRIFFITH, C. A. The contribution of leisure participation and leisure satisfaction to life satisfaction of older persons. **Journal of Leisure Research**, v. 14, n. 4, 295-306, 1982.

SABOIA, J. Elasticidades dos rendimentos do trabalho em relação ao salário mínimo: a experiência de um período recente de crescimento do salário mínimo. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 19, n. 2 (39), 359-380, 2010.

SALAMA, P. Brasil, balanço econômico, sucessos e limites. **Estudos Avançados**. 24 (70), 167-189, 2010.

SALES, C. A.; *et al.* Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. **Rev. Brás. Cancerologia**. v.47, n.3, p.263-272, 2001.

SANTOS, S. R. ; SANTOS, I. B. C. ; FERNANDES, M. G. M.; HENRIQUES, M. E. R. M. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 6, p. 757-64, 2002.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Departamento de aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol**, v. 88, n. 1, p. 2-19, 2007a.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**, v. 89, n. 3, p. 24-79, 2007b.

SCHLENKER, E.D. Body composition, energy, and physical activity. In: _____. **Nutrition in Aging**. 3rd ed. Boston: McGraw-Hill; 1998. p. 92-119.

SIMÕES, Regina. QUALIDADE DE VIDA NA QUALIDADE DE VIDA. In: MOREIRA, Wagner Wey (Org). **QUALIDADE DE VIDA: complexidade e educação**. 3º Campinas: Papyrus, 2007. p. 170.

SKEVINGTON, S. M.; LOTFY, M.; O'CONNELL, K. A. 2004. The World Health Organization's WHOQOL-*bref* quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL-group. **Quality of Life Research**, 13(2), 299–310, 2004.

TAVARES, E. L.; ANJOS, L. A. Perfil antropométrico da população idosa brasileira. Resultados da Pesquisa Nacional sobre saúde e nutrição. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 4, p. 759-768, out-dez, 1999.

THE WHOQOL GROUP. Grupo de Qualidade de Vida da OMS. Divisão de Saúde Mental Grupo Whoqol. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida**. Projeto desenvolvido no Brasil pelo grupo de estudos em qualidade de vida. Coordenação: Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck. Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 1998.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science and Medicine**, v. 46, p. 1569-1585, 1998a.

TELAROLLI JR, R.; MACHADO, J. C. M. S.; CARVALHO, F. Perfil demográfico e condições sanitárias dos idosos em área urbana do Sudeste do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 30, n. 5, p. 485-98, 1996.

TOSELLO, C.; WINCKLER, P. R. Epidemiologia, GUIMARÃES, J. R. Q. (org). **Manual de Oncologia**. São Paulo: BBS Editora, p. 27-35, 2004.

UNDP. United Nations Development Programme. **The Human Development concept**. 2011. Disponível em: <<http://hdr.undp.org/en/statistics>>. Acesso em 12 de julho de 2011.

VELLAS, B. J.; HUNT, W. C.; ROMERO, L. J.; KOEHLER, K. M.; BAUMGARTNER, R. N.; GARRY, P. J. Changes in nutritional status and patterns of morbidity among free-living elderly persons: a 10-year longitudinal study. **Nutrition**, v. 13, n. 6, p. 515-9, 1997.

VERAS, R.P.; ALVES, M.I.C. **A população idosa no Brasil**. In: MINAYO, M.C.S. (org.). Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco., 1995. p. 320-337.

VILELA JR, G. de B. *et al.* Comparação da qualidade de vida de mulheres praticantes e não praticantes de exercício físico. **Lecturas Education Física y Deportes** (Buenos Aires), v.11, p.1-2, 2007.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity and overweight**. Disponível em: <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/>>. Acesso em: 12 de dezembro de 2011.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO, 2000. (Technical Report Series, 894).

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento Ativo**: um projeto de política de saúde. 2002. Disponível em:< <http://www.who.int/hpr/ageing>>. Acesso em 24 de fevereiro de 2011.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical Status**: The Use and Interpretation of Anthropometry. WHO Technical Report Series 854. Geneva: WHO, 1995.

YAO, G.; WHU, C.H. Factorial invariance of the WHOQOL-BREF among disease groups. Department of Psychology, National Taiwan University. **Res Vida Qual.**, v. 14, n. 8, p 1881-8., Oct 2005.

ZAHAR, S.; ALDRIGHI, J.; TOSTES, M.; RUSSOMANO, F.; ZAHAR, L. Avaliação da qualidade de vida na menopausa. **Reprod Clim**, v. 16, P. 163-172, 2001.

ZIOBER. **Programa ATI - Academia da Terceira Idade**. Projeto aprovado pelo Ministério da Saúde, Maringá, 2009. Disponível em: <www.zioberati.com.br>. Acesso em: 02 de março de 2009.

ANEXOS

ANEXO I: Questionário WHOQOL-bref (versão abreviada/ OMS)

WHOQOL - ABREVIADO
 Versão em Português
PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE GENEVRA
Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil
Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS – Brasil

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:

	<i>nada</i>	<i>muito pouco</i>	<i>médio</i>	<i>muito</i>	<i>completamente</i>
<i>Você recebe dos outros o apoio de que necessita?</i>	1	2	3	4	5

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

	<i>nada</i>	<i>muito pouco</i>	<i>médio</i>	<i>muito</i>	<i>completamente</i>
<i>Você recebe dos outros o apoio de que necessita?</i>	1	2	3	4	5

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

		<i>muito ruim</i>	<i>Ruim</i>	<i>nem ruim nem boa</i>	<i>boa</i>	<i>muito boa</i>
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		<i>muito insatisfeito</i>	<i>Insatisfeito</i>	<i>nem satisfeito nem insatisfeito</i>	<i>Satisfeito</i>	<i>muito satisfeito</i>
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5
As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5

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

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

		nunca	Algu- mas vezes	Fre- qüen- temente	muito freqüen- temente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?


OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO II: Sintaxe de análise em linguagem SPSS (Statistical Package of the Social Sciences) – WHOQOL-*bref*.

**STEPS FOR CHECKING AND CLEANING DATA AND COMPUTING
DOMAIN SCORES FOR THE WHOQOL-*bref***
(prepared by Alison Harper and Mick Power on behalf of the WHOQOL Group)


Steps	SPSS syntax for carrying out data checking, cleaning and computing total scores
Check all 26 items from assessment have a range of 1-5	<p>RECODE Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q15 Q16 Q17 Q18 Q19 Q20 Q21 Q22 Q23 Q24 Q25 Q26 (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (ELSE=SYMSIS). (This recodes all data outside the range 1-5 to system missing)</p>
Reverse 3 negatively phrased	<p>RECODE Q3 Q4 Q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1) (This transforms negatively framed questions to positively framed questions)</p>
Compute domain scores	<p>COMPUTE PHYS= MEAN.6(Q3,Q4,Q10,Q15,Q16,Q17,Q18)*4. COMPUTE PSYCH= MEAN.5(Q5,Q6,Q7,Q11,Q19,Q26)*4. COMPUTE SOCIAL=MEAN.2(Q20,Q21,Q22)*4. COMPUTE ENVIR=MEAN.6(Q8,Q9,Q12,Q13,Q14,Q23,Q24,Q25)*4. (These equations calculate the domain scores. All scores are multiplied by 4 so as to be directly comparable with scores derived from the WHOQOL-100. The “.6” in “MEAN.6” specifies that 6 items must be endorsed for the domain score to be calculated.)</p>
Transform scores to 0-100 scale	<p>COMPUTE PHYS=(PHYS-4)*(100/16). COMPUTE PSYCH=(PSYCH-4)*(100/16). COMPUTE SOCIAL=(SOCIAL-4)*(100/16). COMPUTE ENVIR=(ENVIR-4)*(100/16)</p>
Delete cases with > 20% missing data	<p>COUNT TOTAL=Q1 TO Q26 (1 THRU 5) (This command creates a new column “total”. “Total” contains a count of the WHOQOL- <i>bref</i> items with values 1-5 that have been endorsed by each subject. The “Q1 TO Q26” means that consecutive columns from “Q1”, the first item, to “Q26”, the last item, are included in the count. It therefore assumes that data is entered in the order given in the assessment.)</p> <p>SELECT IF (TOTAL>21). EXECUTE</p> <p>(This second command selects only those cases where “total”, the “total number” of items completed, is greater than or equal to 80%. It deletes the remaining cases from the dataset.)</p>

ANEXO III: Ficha de Anamnese Geral utilizada pela FELEJ.



ACADEMIA DA MELHOR IDADE

ANAMNESE GERAL



PRAÇA _____ Data: _____

Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Estado Civil: _____

Peso: _____ Estatura: _____ Fone: _____ Data Nasc.: / /

Endereço: _____ CEP: _____

Anamnese de Saúde			PELE	Manchas	S N NS
Assinalar os quadros:	Sim (S)	Não (N)	Não Sei (NS)	CABEÇA	S N NS
Doença Anterior:	Doença Reumática		S N NS	Dor de Cabeça frequente	S N NS
	Hipertensão		S N NS	Crise de desmaio	S N NS
	Cardiopatia		S N NS	Vertigens frequentes	S N NS
	Lombalgia		S N NS	Visão embassada	S N NS
	Hepatite		S N NS	Usa óculos	S N NS
	Diabetes		S N NS	Usa lentes	S N NS
	Convulsões		S N NS	OUVIDO	S N NS
	Depressão		S N NS	Dor de ouvido frequente	S N NS
				Zumbido	S N NS
				Diminuição da audição	S N NS
			NARIZ	S N NS	
			RESPIRATÓRIO	S N NS	
			Tosse	S N NS	
			Asma	S N NS	
			Bronquite	S N NS	
			Musculoesquelético - Fratura	S N NS	
			Torções	S N NS	
			Desvio da Coluna	S N NS	
			Pé Chato	S N NS	

Informe Sobre:
Qualquer doença internação hospitalar com data respectiva.

Cirurgias: Assinale todas as operações com data respectiva:

Acidentes: Assinale o tipo e data em prática esportiva e outros:

Relate doenças presentes em familiares:

Usa algum tipo de medicamento: Sim () Não ()
Relacionar qual medicamento e finalidade.

DECLARO VERDADEIRAS TODAS AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS.

Assinatura do Aluno

ANEXO IV: Termo de Responsabilidade utilizado pela FELEJ.



**Fundação de Esportes,
Lazer e Eventos de Joinville**



AMI – ACADEMIA DA MELHOR IDADE

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro que participo deste programa por livre e espontânea vontade. Declaro estar em boa forma física e de saúde para participar das atividades físicas inerentes ao programa Academia da Melhor Idade , isentando de qualquer responsabilidade o Organizador, patrocinador, coordenador, supervisor, monitor e demais envolvidos na realização do programa.

Declaro, por fim, que autorizo a veiculação de fotografias e filmagens de minha imagem tiradas e realizadas durante a execução e participação no programa, publicar em sites, revistas, jornais, enfim na imprensa em geral.

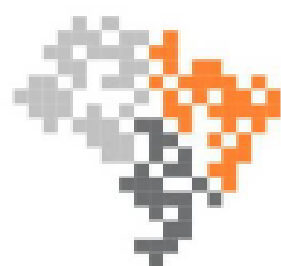
Nome: _____

Academia: _____

Joinville, _____ / _____ /2009.

Assinatura: _____

ANEXO V: Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) – ABEP, 2008.



CRITÉRIO
DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA
BRASIL

ABEP
associação brasileira de empresas de pesquisa

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida abaixo é de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto / Até 3ª. Série Fundamental	0
Primário completo / Ginásial incompleto	Até 4ª. Série Fundamental	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

RENDA FAMILIAR POR CLASSES

Classe	Pontos	Renda média familiar (Valor Bruto em R\$)
		2008
A1	42 a 46	14.366
A2	35 a 41	8.099
B1	29 a 34	4.558
B2	23 a 28	2.327
C1	18 a 22	1.391
C2	14 a 17	933
D	8 a 13	618
E	0 a 7	403

ANEXO VI: Ofício de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVILLE.

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DA REGIÃO DE JOINVILLE - FURJ
UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE



Joinville, 17 de dezembro de 2009

OFÍCIO N.º 371/2009 - PRPPG/ CEP

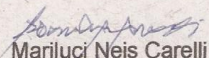
Para Karina Bahia Bittencourt Vieira
Projeto de Pesquisa – MSMA
UNIVILLE

ASSUNTO: Parecer Processo nº 153/09

O Projeto de pesquisa intitulado **“ESTUDO DO PERFIL SOCIO-AMBIENTAL DE PRATICANTES DAS ACADEMIAS DA MELHOR IDADE (AMI) NO MUNICÍPIO DE JOINVILLE - SC”** e seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de sua responsabilidade, foram **APROVADOS** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVILLE, após terem sido analisados e verificados que atendem plenamente aos parâmetros descritos na Res. CNS 196/96 e complementares, e Res. 19/07 CEP/UNIVILLE, conforme parecer em anexo.

Lembramos que, ao finalizar a pesquisa, deverá ser encaminhado ao CEP/UNIVILLE o relatório final.

Atenciosamente,


Mariluci Neis Carelli

Presidente *Pró-Tempore* do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVILLE

Unidade São Francisco do Sul
Rodovia Duque de Caxias Km 8 Poste 128 - Iperoba
CEP. 89.240-000 - São Francisco do Sul/SC
Telefone: (47) 3442-2577

Campus Joinville
Campus Universitário, s/n - Bom Retiro
CEP. 89219-905 - Joinville/SC
Fone: (47) 3461-9000 - Fax: (47) 3473-0131
www.univille.br

Campus São Bento do Sul
R. Norberto Eduardo Wehhermann, 230 - Colonial
Caixa Postal 41 - CEP. 89290-000 - São Bento do Sul/SC
Telefone: (47) 3631-9100

APÊNDICES

APÊNCIDE I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE
Mestrado em Saúde e Meio Ambiente

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Conforme Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996 (Conselho Nacional de Saúde)

Eu, _____ concordo em participar, da pesquisa “Descrição da qualidade de vida em usuários do Programa de Academias nas praças públicas do município de Joinville, Santa Catarina, Brasil”, sob responsabilidade do professor Gilmar Sidnei Erzinger /UNIVILLE, e da pesquisadora Karina Bahia Bittencourt Vieira Carvalho. O objetivo desta pesquisa é correlacionar as variáveis sócio-demográficas com a prática das Academias da Melhor Idade (AMI) em praças do Município de Joinville-SC. Fornecendo assim, informações para serem utilizadas exclusivamente nesta pesquisa, como: endereço, idade, estado civil, escolaridade, ocupação, dados de saúde, se já realizou alguma cirurgia, se possui alguma doença. Fui esclarecida quanto aos procedimentos a serem realizados e estou ciente que esta pesquisa não irá trazer nenhum risco à minha integridade física ou moral, podendo também recusar a responder alguma pergunta, que por ventura possa causar algum tipo de constrangimento. Em qualquer momento poderei solicitar maiores esclarecimentos sobre o desenvolvimento das atividades e serei prontamente atendida pelos pesquisadores responsáveis. A minha participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem qualquer ônus ou consequência para mim. Para reclamações devem entrar em contato com o Programa de Mestrado em Saúde e Meio Ambiente/Univille, através do número 47 3461-9152.

ATENÇÃO: A SUA PARTICIPAÇÃO EM QUALQUER TIPO DE PESQUISA É VOLUNTÁRIA. EM CASO DE DÚVIDA QUANTO AOS SEUS DIREITOS, ESCREVA PARA: COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVILLE. ENDEREÇO: CAMPUS UNIVERSITÁRIO – BOM RETIRO – CAIXA POSTAL 246 – CEP 89.223-251 - JOINVILLE, SC.

Data: ____ / ____ / 20____, Joinville, SC.

Assinatura do praticante

Prof. Gilmar Sidnei Erzinger CRF 1745

(47) 8812-8279

**Karina Bahia Bittencourt Vieira Carvalho
CREFITO5/59.415**

(47) 9123-7861

Pesquisadores responsáveis

APÊNCIDE II: Formulário de Registro de Dados (Questionário AMI/ WHOQOL)

**Pesquisa “DESCRIÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM USUÁRIOS DO PROGRAMA DE ACADEMIAS NAS
PRAÇAS PÚBLICAS DO MUNICÍPIO DE JOINVILLE, SANTA CATARINA, BRASIL”
MESTRADO EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE – UNIVILLE**

FORMULÁRIO DE REGISTRO DE DADOS

Entrevistado (a) N° |__|__|__|

Data entrevista: ____/____/20____

A. Identificação (ID):	
1. Nome:	
2. Endereço:	Telefone:
3. Praça: _____	__ __
4. Bairro: _____	__ __
5. Monitor: _____	__ __
6. Turno: (0) Matutino (1) Vespertino	__ __
7. Quanto tempo frequenta academia (em meses)	__ __
8. Quantos dias por semana você costuma frequentar a AMI? (1) um (2) dois (3) três (4) quatro (5) cinco	__
9. Qual nível de satisfação após iniciar AMI? (0) nenhuma (1) insatisfeito (2) nem satisfeito, nem insatisfeito (3) satisfeito (4) muito satisfeito	__
10. Data de Nascimento: dd/mm/aaaa	__ __ / __ __ / __ __ __ __ / __ __
11. Idade (anos)	__ __
12. Sexo: (0) Masculino (1) Feminino	__
13. Estado civil: (0) solteiro (1) casado/União consensual (2) viúvo (3) separado/divorciado/desquitado	__

B. Dados sócio-econômicos (Critério Classificação Econômica Brasil, ABEP, 2008)	
13. Qual a quantidade de itens você tem no lar onde vive? (0) nenhum (1) um (2) dois (3) três (4) quatro ou mais	
	Televisão __
	Rádio __

	Banheiro	__
	Automóvel	__
	Empregada mensalista	__
	Máquina de lavar	__
	Vídeo cassete e/ou DVD	__
	Geladeira	__
	Freezer	__
14. Grau de instrução (do chefe da família)?		
(0) Analfabeto/ Primário incompleto/ Até 3ª série Fundamental		
(1) Primário completo/ Ginásial incompleto/ Até 4ª série Fundamental		
(2) Ginásial completo/ Colegial incompleto/ Fundamental completo		
(3) Colegial completo/ Superior incompleto/ Médio completo		
(4) Superior completo		__
15. Qual sua ocupação profissional atual:		
(0) trabalho remunerado (1) autônomo (2) do lar (3) aposentado(a) (4) Outra: _____		__

C. Parâmetros de saúde		
17. Peso (em quilos)		__ __ __
18. Estatura (em metros)		__ __ __
22. Possui alguma doença:	(0) Não (1) Sim	
Caso afirmativo, qual(is) doenças: _____		__

23. Já realizou alguma cirurgia?	(0) Não (1) Sim	
Caso afirmativo, qual(is) cirurgias: _____		__

24. Faz uso de algum medicamento:	(0) Não (1) Sim	
Caso afirmativo, qual(is) medicamentos: _____		__

26. Qual nível de satisfação após iniciar AMI?		
(0) nenhuma (1) insatisfeito (2) médio (3) satisfeito (4) muito satisfeito		__

D. Qualidade de Vida (QV): (The Whoqol Group, 1998)		
1 Como você avaliaria sua qualidade de vida?		
(0) muito ruim (1) ruim (2) nem ruim, nem boa (3) boa (4) muito boa		__
2 Quão satisfeito(a) você está com a sua mente?		
(0) muito insatisfeito (1) insatisfeito (2) nem satisfeito, nem insatisfeito (3) satisfeito (4) muito satisfeito		__
3 Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?		
(0) nada (1) muito pouco (2) mais ou menos (3) bastante (4) extremamente		__

4 O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? (0) nada (1) muito pouco (2) mais ou menos (3) bastante (4) extremamente	__
5 O quanto você aproveita a vida? (0) nada (1) muito pouco (2) mais ou menos (3) bastante (4) extremamente	__
6 Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? (0) nada (1) muito pouco (2) mais ou menos (3) bastante (4) extremamente	__
7 O quanto você consegue se concentrar? (0) nada (1) muito pouco (2) mais ou menos (3) bastante (4) extremamente	__
8 Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? (0) nada (1) muito pouco (2) mais ou menos (3) bastante (4) extremamente	__
9 Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, poluição, atrativos)? (0) nada (1) muito pouco (2) mais ou menos (3) bastante (4) extremamente	__
10 Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia? (0) nada (1) muito pouco (2) médio (3) muito (4) completamente	__
11 Você é capaz de aceitar sua aparência física? (0) nada (1) muito pouco (2) médio (3) muito (4) completamente	__
12 Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? (0) nada (1) muito pouco (2) médio (3) muito (4) completamente	__
13 Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? (0) nada (1) muito pouco (2) médio (3) muito (4) completamente	__
14 Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? (0) nada (1) muito pouco (2) médio (3) muito (4) completamente	__
15 Quão bem você é capaz de se locomover? (0) muito ruim (1) ruim (2) nem ruim, nem bom (3) bom (4) muito bom	__
16 Quão satisfeito(a) você está com o seu sono? (0) muito insatisfeito (1) insatisfeito (2) nem satisfeito, nem insatisfeito (3) satisfeito (4) muito satisfeito	__
17 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? (0) muito insatisfeito (1) insatisfeito (2) nem satisfeito, nem insatisfeito (3) satisfeito (4) muito satisfeito	__
18 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho? (0) muito insatisfeito (1) insatisfeito (2) nem satisfeito, nem insatisfeito (3) satisfeito (4) muito satisfeito	__
19 Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo? (0) muito insatisfeito (1) insatisfeito (2) nem satisfeito, nem insatisfeito (3) satisfeito (4) muito satisfeito	__
20 Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? (0) muito insatisfeito (1) insatisfeito (2) nem satisfeito, nem insatisfeito	__

(3) satisfeito (4) muito satisfeito	__
21 Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? (0) muito insatisfeito (1) insatisfeito (2) nem satisfeito, nem insatisfeito (3) satisfeito (4) muito satisfeito	__
22 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? (0) muito insatisfeito (1) insatisfeito (2) nem satisfeito, nem insatisfeito (3) satisfeito (4) muito satisfeito	__
23 Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? (0) muito insatisfeito (1) insatisfeito (2) nem satisfeito, nem insatisfeito (3) satisfeito (4) muito satisfeito	__
24 Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? (0) muito insatisfeito (1) insatisfeito (2) nem satisfeito, nem insatisfeito (3) satisfeito (4) muito satisfeito	__
25 Quão satisfeito você está com o seu meio de transporte? (0) muito insatisfeito (1) insatisfeito (2) nem satisfeito, nem insatisfeito (3) satisfeito (4) muito satisfeito	__
26 Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? (0) nunca (1) algumas vezes (2) freqüentemente (3) muito freqüentemente (4) sempre	__

APÊNCIDE III: Termo de Consentimento – Treinamento dos Monitores

1ª via

TERMO DE CONSENTIMENTO

MESTRADO EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE - UNIVILLE

"Perfil socioeconômico e qualidade de vida em usuários do programa Academia da Melhor Idade no município de Joinville-sc, Brasil"

Pesquisadora: KARINA BAHIA BITTENCOURT VIEIRA CARVALHO

MONITOR 1

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ IDADE: _____

TELEFONES: _____

E-MAIL: _____

INSTITUIÇÃO: UNIVILLE IELUSC

PRAÇA: _____

BAIRRO: _____

TURNO: () Matutino () Vespertino

Número aproximado de PRATICANTES CADASTRADOS (acima de 40 anos): _____

Estou recebendo 40 questionários e 80 Termos de Consentimento, que deverão ser entregues preenchidamente até o dia 10 de setembro de 2010 na FELEJ (A/C Janaina ou Patricia).

Portanto entregar até 10/09/2010

Joinville, 09 de Julho de 2010.

Assinatura monitor: _____

2ª via

TERMO DE CONSENTIMENTO

MESTRADO EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE - UNIVILLE

"Perfil socioeconômico e qualidade de vida em usuários do programa Academia da Melhor Idade no município de Joinville-sc, Brasil"

Pesquisadora: KARINA BAHIA BITTENCOURT VIEIRA CARVALHO

MONITOR 1

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ IDADE: _____

TELEFONES: _____

E-MAIL: _____

INSTITUIÇÃO: UNIVILLE IELUSC

PRAÇA: _____

BAIRRO: _____

TURNO: () Matutino () Vespertino

Número aproximado de PRATICANTES CADASTRADOS (acima de 40 anos): _____

Estou recebendo 40 questionários e 80 Termos de Consentimento, que deverão ser entregues preenchidamente até o dia 10 de setembro de 2010 na FELEJ (A/C Janaina ou Patricia).

Portanto entregar até 10/09/2010

Joinville, 09 de Julho de 2010.

Assinatura monitor: _____