

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA
BACHARELADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

EVERTON DO NASCIMENTO FERNANDES

**PERCEPÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS PRATICANTES
DE ATIVIDADE FÍSICA DE UM PROGRAMA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA**

JOÃO PESSOA

2017

EVERTON DO NASCIMENTO FERNANDES

**PERCEPÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS PRATICANTES
DE ATIVIDADE FÍSICA DE UM PROGRAMA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Educação Física do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel.

Orientador: Prof. Dr. Luciano Meireles de Pontes

JOÃO PESSOA

2017

F363p Fernandes, Everton do Nascimento.

Percepção da saúde e qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física de um programa de extensão universitária / Everton do Nascimento Fernandes. - - João Pessoa: [s.n.], 2017. 47f.;il.

Orientador: Luciano Meireles de Pontes.

Monografia (Graduação) – UFPB/CCS.

1. Qualidade de vida. 2. Educação física. 3. Idosos 4. Saúde.

BS/CCS/UFPB

CDU:613.98(043.2)

**PERCEPÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS PRATICANTES
DE ATIVIDADE FÍSICA DE UM PROGRAMA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Educação Física, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel, apreciada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luciano Meireles de Pontes - Orientador

Professor convidado - Examinador

Professor indicado - Examinador

Aprovada em _____ de Dezembro de 2017.

JOÃO PESSOA - PB

2017

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que participaram de alguma forma, da construção, não apenas deste trabalho, mas de todo o processo que me trouxe até aqui. Em especial a Deus, que através de Sua graça, me permitiu chegar aqui. Aos meus pais, que me apoiaram e mantiveram sempre. Aos meus colegas e amigos que trilharam esse caminho comigo. Todos fizeram-me entender que nada é tão difícil que não possa ser superado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, sem Ele nada podemos fazer. Agradeço por me ter permitido chegar aqui, por ter me agraciado e capacitado, a Ele minha maior gratidão.

Agradeço aos meus pais, Marinez do Nascimento Fernandes e Marcos Antônio S. Fernandes, que não me deixaram faltar nada durante todo esse percurso, sempre solícitos, apoiadores e admiradores do meu esforço, seu amor me serviu de suporte e inspiração.

Agradeço a toda minha família de modo geral, que constantemente me apoiaram em minhas decisões e nessa longa caminhada, todos vestiram a camisa junto a mim.

Agradeço aos meus amigos, que me apoiaram sempre, me incentivando a continuar e retificando o quanto eu poderia ser capaz de chegar ao final, o quanto eu poderia ser bom naquilo que me propus a fazer por toda minha vida. Em especial, aos meus amigos que construíram comigo esse momento, Iago Santana, José Fellipe, Jordan Deodato e Vitória Celeste o apoio e parceria deles me ajudou a chegar aqui. Agradeço também, a dois amigos especiais, Surama Jordânia e Líam Tavares, que estiveram distantes fisicamente, mas que nunca me deixaram desanimar, sua fé em mim era inspiradora.

Agradeço aos meus professores, em especial ao meu orientador, Professor Dr. Luciano Meireles de Pontes, por seu empenho e dedicação em me ajudar e orientar, sempre com um sorriso no rosto, sempre solícito e dedicado a me fazer crescer, jamais esquecerei seu apoio, seu exemplo de profissional e seu olhar de admiração, chego a esse momento, e minha admiração por ele só aumenta. Agradeço também em especial, a professora Caroline de Oliveira Martins, por ser um exemplo de profissional a ser seguido, uma motivadora e uma grande inspiração.

Meu mais sincero obrigado a todos, pelo companheirismo, apoio e compreensão.

*“Quem é exigente com a qualidade dos produtos,
mas não com a sua qualidade de vida, trai a sua
própria felicidade”.*

Augusto Cury.

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi identificar a percepção da qualidade de vida e saúde de idosos participantes de um programa de condicionamento físico na extensão universitária. **Procedimentos metodológicos:** Trata-se de um estudo descritivo que teve uma abordagem qualitativa. A amostra foi formada por 31 idosos, de ambos os sexos, com idades entre 60 a 72 anos ($66,1 \pm 5,2$ anos), inscritos no semestre de 2016.2 de um programa de condicionamento físico de extensão universitária do Departamento de Educação Física da Universidade Federal da Paraíba. As variáveis investigadas foram a percepção dos idosos sobre a saúde e a qualidade de vida. O instrumento de coleta dos dados foi o WHOQOL-Bref, versão em português, para qualidade de vida; Para a tabulação de dados e tratamento analítico foi usado o *software* SPSS, versão 20.0 for Windows®. Para construção dos gráficos foi utilizada a planilha do Excel, versão 2016 do *Microsoft Office*®. **Resultados:** Na avaliação geral, a maior parte percebeu a qualidade de vida como boa (74,2%), 9,7% excelente e 16,1% nem ruim, nem boa. Em relação à satisfação com a saúde, 67,6% estão satisfeitos, 6,5% muito satisfeitos, 19,4% nem satisfeitos, nem insatisfeitos e 6,5% insatisfeitos. Na análise por domínios se obteve os valores na seguinte ordem: físico ($3,90 \pm 0,4$), psicológico ($3,86 \pm 0,3$), relações sociais ($3,77 \pm 0,4$) e meio ambiente ($3,61 \pm 0,4$). Nas classificações dos domínios da qualidade de vida obteve-se a seguinte aceitação: físico 53,3% de boa qualidade de vida no domínio físico, 48,4% nas relações sociais, 38,7% no psicológico e 29,0% no meio ambiente. **Conclusão:** A maior parte dos idosos apresentou uma percepção favorável da qualidade de vida geral, considerando os conceitos, bom e regular em cada um dos domínios analisados e de satisfação com a saúde. Foi evidenciada uma percepção de aceitação elevada nas dimensões físico, psicológico, relações pessoais e menor satisfação nas questões relativas ao meio ambiente.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Idosos. Saúde.

ABSTRACT

The objective of the present study was to identify the perception of the quality of life and health of the elderly participants of a program of physical conditioning in the university extension. **Methodological procedures:** This is a descriptive study that took a qualitative approach. The sample consisted of 31 elderly men and women, aged between 60 and 72 years (66.1 ± 5.2 years), enrolled in the semester of 2016.2 of a program of physical conditioning of university extension of the Department of Physical Education of the Federal University of Paraiba. The variables investigated were the perception of the elderly on health and quality of life. The data collection instrument was the WHOQOL-Bref, Portuguese version, for quality of life; For data tabulation and analytical treatment SPSS software, version 20.0 for Windows® was used. The Excel spreadsheet, version 2016 of Microsoft Office®, was used to construct the graphs. **Results:** In the general evaluation, the majority perceived quality of life as good (74.2%), excellent 9.7% and 16.1% neither bad nor good. Regarding health satisfaction, 67.6% are satisfied, 6.5% are very satisfied, 19.4% are neither satisfied nor dissatisfied and 6.5% are dissatisfied. In the domain analysis, the following values were obtained: physical (3.90 ± 0.4), psychological (3.86 ± 0.3), social relations (3.77 ± 0.4) and environment (3.61 ± 0.4). In the classifications of the domains of quality of life the following acceptance was obtained: physical 53.3% of good quality of life in the physical domain, 48.4% in social relations, 38.7% in the psychological and 29.0% in the middle environment. **Conclusion:** Most of the elderly presented a favorable perception of general quality of life, considering the concepts, good and regular in each of the domains analyzed and satisfaction with health. It was evidenced a perception of high acceptance in the physical, psychological, personal relationships and less satisfaction in issues related to the environment.

Keyword: Quality of life. Elderly. Health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 OBJETIVOS	10
1.1.1 Objetivo Geral:	10
1.1.2 Objetivos Específicos	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1 Envelhecimento Populacional	11
2.2 Atividade física, saúde, estilo de vida saudável e qualidade de vida. .	12
2.2.1 Atividade Física	12
2.2.2 Saúde	14
2.2.3 Estilo de Vida Saudável	16
2.2.4 Qualidade de vida	17
2.3 Programas de Promoção da Saúde do Idoso	19
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	21
3.1 Caracterização do estudo	21
3.2 Local Da Pesquisa	21
3.3 População e amostra	21
3.4 Critérios para inclusão e exclusão amostral	21
3.5 Variáveis e instrumentos para coleta de dados	22
3.6 Procedimentos para a coleta dos dados	23
3.7 Ética da pesquisa	23
3.8 Análise dos dados	24
4 RESULTADOS	25
5 DISCUSSÃO	33
6 CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS	38
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ..	43
APÊNDICE B - TERMO DE ANUÊNCIA PARA COLETA DE DADOS	44
ANEXO A – INSTRUMENTO DA PESQUISA	45
ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	47

1 INTRODUÇÃO

A população de idosos tem crescido vertiginosamente no Brasil com o passar dos anos, sendo este o segmento que mais cresce no país (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003). Acompanhando o avanço desse segmento, observa-se também, um crescimento nas políticas de prevenção à saúde e de melhora do estilo de vida da população. A política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI), objetiva “assegurar os direitos sociais dos idosos, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 2006). Partindo dessa premissa levanta-se uma discussão a respeito da qualidade de vida dos idosos e se os objetivos previstos na PNSI tem se evidenciado de fato, na vida destes.

A noção de qualidade de vida transita em um campo semântico polissêmico: de um lado, está relacionada a modo, condições e estilos de vida (CASTELLANOS, 1997). De outro, inclui as idéias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana. E, por fim, relaciona-se ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais. No que concerne à saúde, as noções se unem em uma resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece, como parâmetros, para si (MINAYO, 2000).

A diminuição da capacidade funcional decorrente da hipocinesia (fenômeno de desuso - inatividade) é um dos principais fatores deletérios no envelhecimento, e a prática de atividade física mostra-se como um importante agente compensatório nesse processo e entendendo-se atividade física como qualquer movimento corporal realizado pela musculatura esquelética, que leva ao gasto energético acima do repouso (AINSLIE *et al*, 2003), espera-se que qualquer atividade, por mais simples que pareça ser, traga algum benefício para os idosos, dentre eles: benefícios fisiológicos imediatos e a médio prazo, como controle dos níveis glicêmicos e maior eficiência da capacidade aeróbica; benefícios psicológicos imediatos e a médio prazo, como relaxamento e percepção de bem-estar geral; e benefícios sociais imediatos e a médio prazo, como melhor integração social e na comunidade (NAHAS, 2013).

Com o aumento da expectativa de vida das pessoas, surgiu a necessidade de se aferir a qualidade de vida, assim como Fallowfield (1990) afirmar: “essa é a

medida que faltava na área da saúde”, tendo em vista que um padrão de conceituação para QV se busca desde a mais tenra idade, levando-se em consideração sua ligação com a percepção da saúde e de conceitos mais próximos a QV, como bem-estar e felicidade.

Diante dessa perspectiva essa pesquisa tem como objetivo principal identificar a percepção da saúde e qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física de um programa de extensão universitária, analisando assim como esses idosos vivem e como percebem sua saúde, enquanto participantes das atividades propostas pelas extensões universitárias.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral:

Identificar a percepção da saúde e qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física de um programa de extensão universitária.

1.1.2 Objetivos Específicos

Analisar a qualidade de vida segundo os diferentes domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambientais dos idosos de ambos os sexos participantes do programa de condicionamento físico de extensão universitária.

Identificar a percepção da saúde dos idosos de ambos os sexos participantes do programa condicionamento físico de extensão universitária.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O aumento da expectativa de vida é um fato que tem sido verificado a cada ano, e como afirma Veras (2013) “o Brasil é um país que envelhece a passos largos. As alterações na dinâmica populacional são claras, inexoráveis e irreversíveis”.

Com relação à cronologia, será adotada a classificação da Organização Mundial de Saúde/OMS (1994), a qual define como idosa a pessoa que possui 65 anos ou mais, e vive em países desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento, onde a expectativa de vida é reduzida e a condição socioeconômica é desfavorável, a idade limite inferior é de 60 anos (PAULA, 1999).

A estimativa é que em 2025 atinjamos, no Brasil, cerca de 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos (VERAS, 1987). Ao passo em que essa população cresce, aumenta junto a ela, a necessidade de uma adaptação das estruturas sociais para assegurar a qualidade de vida desses idosos.

2.1 Envelhecimento Populacional

Segundo o censo demográfico (IBGE, 2017), a população brasileira de hoje é de 208 milhões de habitantes. O contingente de pessoas idosas, que, segundo a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso, tem 60 anos a mais, é de 20.590.599 milhões, ou seja, aproximadamente 10,8 % da população total. Desses, 55,5 % (11.434.487) são mulheres e 44,5% (9.156.112) são homens.

Na década de 50, a taxa de crescimento da população idosa atingiu valores superiores a 3% ao ano, chegando a 3,4%, entre 1991 e 2000. Ao compararmos, num intervalo de 25 anos (1980 a 2005), o crescimento da população idosa com o crescimento da população total, observamos que o crescimento da população idosa foi de 126,3%, ao passo que o crescimento da população total foi de apenas 55,3%. Nesse mesmo intervalo, o segmento de 80 anos a mais cresceu a um ritmo relativamente maior do que a população idosa total, apresentando um crescimento de 246,0% (INOUE et al, 2008, p. 12). Segundo Beltrão, Camarano e Kanso (2004) espera-se que o contingente de idosos atinja a magnitude de aproximadamente 30,9 milhões de pessoas, no ano de 2020, vindo a constituir 14%

da população brasileira, ocupando, então, o sexto lugar na classificação mundial (INOUYE *et al*, 2008, p. 15).

2.2 Atividade física, saúde, estilo de vida saudável e qualidade de vida.

Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde) a definição para qualidade de vida seria: "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e precauções" (1991). A idéia central para criação desse conceito era criar parâmetros e instrumentos de medidas para avaliar a qualidade de vida dos indivíduos e percebeu-se que, excepcionalmente nas sociedades industrializadas e em desenvolvimento, o estilo de vida e a prática de atividades físicas tem se apresentado como importantes fatores para a qualidade de vida, tanto de modo geral quanto relacionada à saúde, das pessoas em todas as idades e condições (NAHAS, 2013, p. 21).

2.2.1 Atividade Física

Conceituando, atividade física pode ser entendida como qualquer movimento corporal, produzido pela musculatura esquelética, que resulta em gasto energético maior que os níveis de repouso (CASPERSEN, 1985) tendo componentes e determinantes de ordem biopsicossocial, cultural e comportamental, podendo ser exemplificada por jogos, lutas, danças, esportes, exercícios físicos, atividades laborais e deslocamentos.

Individualmente a atividade física tem sido associada à maiores capacidades físico-mentais, aumento do entusiasmo para a vida e para a própria percepção positiva de bem-estar (NAHAS, 2013, o. 21). Diversos estudos no campo da fisiologia do exercício têm mostrado, ao decorrer dos anos, que são diversos os benefícios da prática de atividade física, podendo-se observá-los em diversos marcadores da saúde, como benefícios referentes aos aspectos antropométricos, neuromusculares, metabólicos e psicológicos. Os efeitos metabólicos observados são: o aumento do volume sistólico; o aumento da potência aeróbica; o aumento da ventilação pulmonar; a melhora do perfil lipídico; a diminuição da pressão arterial; a melhora da sensibilidade à insulina e a diminuição da frequência cardíaca em repouso e no trabalho submáximo. Com relação aos efeitos antropométricos e

neuromusculares ocorre, a diminuição da gordura corporal, o incremento da força e da massa muscular, da densidade óssea e da flexibilidade (MATSUDO; MATSUDO, 2000). Já na dimensão psicológica, os autores afirmam que a atividade física influencia na melhoria da autoestima, do autoconceito, da imagem corporal, das funções cognitivas e de socialização, na diminuição do estresse e da ansiedade e na diminuição do consumo de medicamentos. Os autores Guedes & Guedes (1995) Defendem a inter-relação entre a atividade física, aptidão física e saúde, as quais se influenciam reciprocamente. Segundo eles, a prática da atividade física influencia e é influenciada pelos índices de aptidão física, as quais determinam e são determinados pelo estado de saúde.

No que diz respeito à atividade física e sua relação com o envelhecimento, Matsudo e Matsudo (2000), afirmam que os efeitos da atividade física são positivos no processo de envelhecimento e aumento da longevidade. Para Nahas (2013, p. 210 - 212) os benefícios da atividade física para os idosos podem ser observados na perspectiva individual ou da sociedade como um todo, onde individualmente, esses benefícios se manifestam nos campos fisiológicos, psicológicos e sociais.

Recomendações de atividades físicas da OMS para adultos entre 18 e 64 anos de idade incluem atividades de lazer (por exemplo: dança caminhada, jardinagem, caminhadas, natação), transporte (por exemplo, caminhar ou andar de bicicleta), trabalho (ou seja, trabalho), domésticas, brincadeiras, jogos, esporte ou exercício planejado, no contexto das atividades da família, diariamente, e da comunidade. A fim de melhorar funções cardiorrespiratórias e musculares, ossos, reduzir o risco de DNT e depressão deve-se realizar no mínimo 150 minutos de intensidade moderada de atividade física aeróbica por semana ou pelo menos 75 minutos de intensidade vigorosa de atividade física aeróbica por semana. Pode ser também uma combinação equivalente de atividade moderada e de intensidade vigorosa. Para benefícios adicionais de saúde, os adultos devem aumentar a sua atividade de intensidade moderada aeróbica para 300 minutos por semana, ou 150 minutos de intensidade vigorosa por semana, ou uma combinação equivalente de atividade moderada e de intensidade vigorosa. Atividades de fortalecimento muscular deve ser feito envolvendo grandes grupos musculares em 2 ou mais dias por semana. (OMS, 2011).

Em adultos com 65 anos ou acima, a atividade física inclui atividades de lazer (por exemplo: caminhar, dançar, jardinagem, caminhadas, natação), transporte (por

exemplo, caminhar ou andar de bicicleta), profissional (se o indivíduo ainda está trabalhando), tarefas domésticas, jogo, esportes ou exercícios planejados, no contexto de atividades familiares, diariamente, e da comunidade. A fim de melhorar função cardiorrespiratória e muscular, a saúde dos ossos, reduzir o risco de DNT, depressão e declínio cognitivo: Os idosos devem fazer pelo menos 150 minutos de intensidade moderada atividade física aeróbica durante a semana ou fazer pelo menos 75 minutos de intensidade vigorosa atividade física aeróbica durante a semana ou uma combinação equivalente de atividade moderada e de intensidade vigorosa. Para benefícios adicionais de saúde, os idosos devem aumentar a sua atividade aeróbica de intensidade moderada para 300 minutos por semana, ou se envolver em 150 minutos de atividade física aeróbica de intensidade vigorosa por semana, ou uma combinação equivalente de atividade moderada e de intensidade vigorosa (OMS, 2011).

Os adultos mais velhos, com mobilidade comprometida, devem realizar atividade física para melhorar o equilíbrio e evitar quedas em 3 ou mais dias por semana. Atividades de fortalecimento muscular, envolvendo grandes grupos musculares, deve ser feito em 2 ou mais dias por semana. Quando o idoso não pode fazer as quantidades recomendadas de atividade física, devido às condições de saúde, eles devem ser tão fisicamente ativos quanto as suas capacidades e as condições permitirem (OMS, 2011).

2.2.2 Saúde

Saúde tem sido definida não apenas como a ausência de doenças, mas como uma multiplicidade de aspectos do comportamento humano voltados a um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Pode-se também, entender saúde como uma condição humana com dimensões física, social e psicológica, cada uma caracterizada por polos positivo e negativo. A saúde positiva estaria associada com a capacidade de apreciar a vida e de resistir aos desafios do cotidiano, enquanto a saúde negativa estaria associada com a morbidade e, no extremo, com a mortalidade (BOUCHARD *et al*, 1990).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006), um dos componentes mais importantes para se ter uma boa saúde é o estilo de vida adotado pelas

peessoas, o qual pode ser entendido como as ações realizadas pelo indivíduo no seu dia a dia: alimentação, uso de drogas – lícitas e/ou ilícitas –, prática de atividades físicas regulares, dentre outros, que são passíveis de serem modificadas. A OMS reconhece também, a prática de atividades físicas como um relevante meio de promoção da saúde e redução dos fatores de risco.

Lima-Costa, Barreto, Giatti (2003) investigaram as condições de saúde do idoso brasileiro (N=28.943). A prevalência de relato de DANT (Doenças e Agravos Não Transmissíveis) encontrada foi de 69%. As principais doenças relatadas pelos indivíduos participantes do estudo foram: hipertensão arterial (43,9%), artrite (37,5%), doenças do coração (19,0%) e diabetes (10,3%). Essas doenças tendem a se manifestar de forma ainda mais expressiva quanto maior for a idade. Sabe-se que as DANT podem afetar a funcionalidade dos idosos, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos mesmos (BRASIL, 2006).

Nível antropométrico	Nível Muscular	Nível Pulmonar	Nível Neural	Nível Cardiovascular	Outras
Aumento do peso corporal/gordura Diminuição da estatura Diminuição da massa muscular Diminuição da densidade óssea	Perda de 10 a 0% na força muscular Maior índice de fadiga muscular Menor capacidade para hipertrofia Diminuição na atividade oxidativa Diminuição dos estoques de fontes energéticas (ATP/CP/Glico-gênio) Diminuição na velocidade de condução Diminuição na capacidade de regeneração	Diminuição da capacidade vital Aumento do volume residual Aumento da ventilação durante o exercício Menor mobilidade da parede torácica Diminuição da capacidade de difusão pulmonar	Diminuição no número e no tamanho dos neurônios Diminuição na velocidade de condução nervosa Aumento do tecido conetivo nos neurônios Menor tempo de reação Menor velocidade de movimento Diminuição no fluxo sanguíneo cerebral	Diminuição do gasto energético Diminuição da frequência cardíaca Diminuição do volume sistólico Diminuição da utilização de O ₂ pelos tecidos	Diminuição da agilidade Diminuição da coordenação Diminuição do equilíbrio Diminuição da flexibilidade Diminuição da mobilidade articular Aumento da rigidez da cartilagem, dos tendões e dos ligamentos

Quadro 1. Efeitos deletérios do envelhecimento (Adaptado de [MATSUDO, 1996](#)).

A perda dessa funcionalidade pode ser atribuída a algumas modificações morfofisiológicas que ocorrem no indivíduo durante o processo de envelhecimento, limitando a sua autonomia, e consequentemente a independência. Dentre essas alterações podemos citar as contidas no Quadro 1. Nesse sentido, a prática das atividades físicas tem sido consistentemente associada beneficemente para a manutenção da funcionalidade, reduzindo os efeitos deletérios ocasionados pelo envelhecimento (OMS, 2005).

2.2.3 Estilo de Vida Saudável

É entendido como estilo de vida o “Conjunto de ações habituais que refletem as atividades, os valores e as oportunidades na vida das pessoas” (NAHAS, 2013, p. 22). O autor afirma com isso, que diversos fatores da vida das pessoas estão relacionados com o estilo de vida que elas levam, fatores que pode ser modificáveis ou não, como a prática de atividade física ou sedentarismo, por exemplo. Sendo assim, um estilo de vida ativo ou saudável passou a ser considerado fundamental na promoção da saúde e redução da mortalidade por todas as causas. Sabendo que a maioria dos riscos para a saúde e o bem-estar, tem origem no próprio comportamento individual, resultando da informação e vontade pessoal, como também das oportunidades e barreiras presentes na realidade social (NAHAS, 2013, p.24).

Alguns dos principais fatores modificáveis considerados negativos ao estilo de vida são: fumo, álcool, alimentação inadequada, estresse e sedentarismo. O consumo excessivo de bebidas tem se agravado nos últimos anos, segundo dados do VIGITEL (2016), 19,1% da população brasileira adulta refere consumo exagerado de bebidas alcoólicas (27,3% entre os homens e 12,1% entre as mulheres). Já o estresse é justamente, associado ao mal estilo de vida adotado pela população. Quanto ao fumo, dados do VIGITEL (2016), apontam para uma queda no número de fumantes no Brasil, que atualmente chegou aos 10,2%, onde há algumas décadas essa proporção superava os 40%.

Para a população idosa, um estilo de vida saudável está associado a maior capacidade de trabalho físico e mental, além da percepção de bem-estar, motivação, menores gastos com saúde, menor risco de doenças crônico-degenerativas e mortalidade precoce (NAHAS, 2013 p. 213). Uma das principais orientações para um estilo de vida saudável dos idosos é a prática de atividades físicas, onde sugere-se um programa de exercícios adequado para esse público e além disso, pode-se orientar para mudanças nas atividades diárias, promovendo um estilo de vida mais ativo. A prática de qualquer atividade física é importante para um envelhecimento saudável e independente. Porém, quando esta atividade é praticada como exercício físico, os melhores benefícios para a capacidade física são alcançados (BRACH *et al.*, 2004).

Independente do tipo de atividade escolhida pelo idoso, o objetivo geral é manter a mobilidade e autonomia, realizando atividades que se mostrem agradáveis e que, de preferência, promovam interação social, assim as áreas da aptidão física enfatizadas incluem a aptidão cardiorrespiratória, força muscular, flexibilidade, equilíbrio e agilidade. Atividades de resistência geral promovem a aptidão cardiorrespiratória e incluem atividades contínuas, como as caminhadas e a dança, preferidas pelas pessoas mais velhas; essas atividades devem ser realizadas por 30 minutos ou mais na maioria dos dias da semana (NAHAS, 2013, p.213). Para manter a força muscular e equilíbrio, deve-se incluir atividades como levantar e carregar objetos ou fazer exercícios com algum nível de resistência, entre dois a quatro dias da semana. Atividades como, subir escadas, estimulam os ossos mantendo sua densidade e prevenindo a osteoporose (NAHAS, 2013 p.213). Por uma condição natural, os idosos respondem mais devagar aos estímulos dos exercícios, mas eventualmente seu organismo mostra as adaptações necessárias e semelhantes aos mais jovens.

Além da prática de atividade física, alguns cuidados são sugeridos aos idosos para que tenham uma velhice com maior qualidade, como: alimentação adequada, ingestão diária de cálcio, vacinação, cuidados para evitar quedas dentro das próprias residências, check-ups e socialização (NAHAS, 2013, p.217).

2.2.4 Qualidade de vida

Para a Organização Mundial de Saúde, aliada ao Grupo Qualidade de Vida, define QV como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OLIVEIRA et al., 2013 *apud*, WHOQOL, 1995). Por se tratar de um conceito, amplo, subjetivo e polissêmico, vários termos vem sendo utilizados na literatura para definir QV, como bem-estar, grau com que as pessoas aproveitam as possibilidades de suas vidas e até a percepção de satisfação com a vida (FERRANS, 1996).

Nahas (2003) aponta a QV como “algo subjetivo e mutável, de certa forma compreensível, mas de não tão fácil definição”. Ele afirma que seu conceito acompanha a evolução da humanidade, a mediada em que se observa uma tendência na maior valorização dos parâmetros de cada indivíduo, em detrimento

dos parâmetros socioambientais, ou seja, cada vez mais se torna algo subjetivo e voltado a percepção de cada pessoa.

Duas tendências quanto à conceituação do termo na área de saúde são identificadas: qualidade de vida como um conceito mais genérico, e qualidade de vida relacionada à saúde (health related quality of life). No primeiro caso, QV apresenta uma aceção mais ampla, aparentemente influenciada por estudos sociológicos, sem fazer referência a disfunções ou agravos e ilustra com excelência a conceituação que foi adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O termo qualidade de vida relacionada à saúde é muito frequente na literatura e tem sido usado com objetivos semelhantes à conceituação mais geral. No entanto, parece implicar os aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde (SEIDL, ZANNON, 2004).

Dentre tantos conceitos para Qualidade de vida, encontramos alguns como: “Valoração subjetiva que o paciente faz de diferentes aspectos de sua vida, em relação ao seu estado de saúde” (GUITERAS; BAYÉS, 1993). Já para Cleary et. al. (1995), “qualidade de vida refere-se aos vários aspectos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças no seu estado de saúde, e que são significativos para a sua qualidade de vida”. Entretanto, Patrick e Erickson (1993) afirmam que qualidade de vida é “o valor atribuído à duração da vida, modificado pelos prejuízos, estados funcionais e oportunidades sociais que são influenciados por doença, dano, tratamento ou políticas de saúde.”

Mesmo compreendendo que o tema qualidade de vida é tratado sob os mais diferentes olhares, seja da ciência, através de várias disciplinas, seja do senso comum, seja do ponto de vista objetivo ou subjetivo, seja em abordagens individuais ou coletivas, percebe-se que no âmbito da saúde, quando visto no sentido ampliado, ele se apoia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de promoção da saúde seu foco mais relevante. Quando vista de forma mais focalizada, qualidade de vida em saúde coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade (MINAYO, 2000).

O patamar material mínimo e global para se falar em qualidade de vida diz respeito à satisfação de necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso a água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer;

elementos materiais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva. No mundo ocidental atual, por exemplo, é possível dizer também que desemprego, exclusão social e violência são, de forma objetiva, reconhecidos como a negação da qualidade de vida. Trata-se, portanto, de componentes passíveis de mensuração e comparação, mesmo levando-se em conta a necessidade permanente de relativizá-los culturalmente no tempo e no espaço.

Laurent (2003) menciona que a nível mundial, existe uma crescente preocupação em criar mecanismos de mensuração da QV, haja vista que, o fenômeno do envelhecimento da população, sobretudo, nos países em desenvolvimento é uma crescente realidade. Sob essa perspectiva, é cada vez mais necessário ofertar a esse público não só melhores condições de vida no prolongar de seus anos, mas acrescentar a esses anos condições que levem a uma boa percepção da saúde e QV.

Em resumo, a noção de qualidade de vida transita em um campo semântico polissêmico: de um lado, está relacionada a modo, condições e estilos de vida (Castellanos, 1997). De outro, inclui as idéias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana. E, por fim, relaciona-se ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais. No que concerne à saúde, as noções se unem em uma “resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece, como parâmetros, para si” (MINAYO, 2000).

2.3 Programas de Promoção da Saúde do Idoso

A política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), aprovada em dezembro de 1999, assume que o principal problema que pode afetar o idoso, como consequência da evolução de suas enfermidades e estilo de vida, é a perda da capacidade funcional, ou seja, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas (BRASIL, 1999). Aproximadamente 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica, e 10% apresentam pelo menos cinco dessas enfermidades, entretanto a presença de uma ou mais doenças crônicas não compromete a autonomia do idoso (CEI-RS, 1997; RAMOS et al., 1993). A PNSI, instrumento de que o setor de saúde passa a dispor, estabelece as

diretrizes essenciais para a redefinição dos programas, planos, projetos e atividades do setor na atenção integral às pessoas em processo de envelhecimento. Essas diretrizes são:

1. Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
2. Manutenção e reabilitação da capacidade funcional;
3. Apoio ao desenvolvimento de cuidados informais.

Partindo desse fato, os programas de promoção a saúde do idoso tem se mostrado essenciais para garantir essa política, e acima de tudo a saúde e estilo de vida saudável para os idosos. Considerando que a “chave do envelhecimento bem sucedido” parece estar em garantir um estilo de vida ativo, os programas de promoção da atividade física na comunidade para os indivíduos acima de 50 anos tem crescido em popularidade nos últimos anos, e levando em consideração as novas propostas internacionais de atividade física como forma de promover saúde na população, surgiu o Programa Agita São Paulo, por exemplo, que tem como objetivo aumentar o nível de atividade física da população do Estado de São Paulo. O mais importante deste novo conceito é que qualquer atividade da vida cotidiana é válida e que se enfatizam as atividades moderadas que podem ser realizadas de forma contínua ou intervalada, ou seja, o importante é acumular durante o dia pelo menos 30 minutos de atividade em três sessões de 10 minutos ou duas sessões de 15 minutos. Neste novo conceito de vida ativa as atividades físicas realizadas no lar, no trabalho e no tempo livre são as que garantem uma vida ativa e saudável quando o objetivo é a promoção de saúde com a prática regular da atividade física (MATSUDO, 2006).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo. “Este delineamento apresenta com peculiaridade uma descrição detalhada do fenômeno investigado, mas não tem interesse em realizar intervenção por meio de novos procedimentos, testes ou construção de modelos teóricos” (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2012). A abordagem de análise de dados foi quantitativa.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado no Ginásio Esportivo do Departamento de Educação Física (DEF) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), situada na Cidade Universitária, Campus I em João Pessoa – PB.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O universo foi formado por idosos participantes do programa de extensão universitária de condicionamento físico vinculado ao DEF da UFPB. O processo de amostragem foi não probabilístico, pois não houve um processo de seleção amostral aleatória. A amostra foi formada por um contingente de 31 idosos, sendo 08 do sexo masculino e 23 do feminino, com idades entre 60 a 72 anos do programa de extensão em condicionamento físico da UFPB.

3.4 CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO E EXCLUSÃO AMOSTRAL

Foram incluídos no estudo os idosos de ambos os sexos, ativos no programa de condicionamento físico do DEF da UFPB com tempo mínimo de participação de 6 meses no programa, que participem assiduamente e que tenham idade a partir de 60 anos. Foram excluídos os idosos que apresentaram laudo de restrição médica para a participação do programa de condicionamento.

3.5 VARIÁVEIS E INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

As variáveis analisadas foram: a percepção da saúde e da qualidade de vida e variáveis de sexo e idade.

O instrumento utilizado para coleta dos dados a respeito da qualidade de vida foi o questionário desenvolvido pelo The WHOQOL Group (1995), que define o termo qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Assim, o instrumento desenvolvido por esse organismo internacional em estudo multicêntrico baseia-se nos pressupostos de que qualidade de vida é uma construção subjetiva (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composta por elementos positivos (por exemplo, mobilidade) e negativos (dor). O instrumento utilizado foi o WHOQOL-Bref, versão em português e abreviada com 26 questões, extraídas da primeira versão (WHOQOL-100), entre as que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos, cobrindo quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Cada domínio é composto por questões cujas pontuações das respostas variam entre 1 e 5 (FLECK *et al.*, 2000). As respostas a cada item do questionário variavam de 1 a 5, sendo quanto mais próxima de 5, melhor a qualidade de vida. Para fins de análise cada domínio foi categorizado em quatro níveis de satisfação da qualidade de vida: elevada, boa, regular e necessita melhorar.

Os idosos aparecem entre os sete grupos mais estudados utilizando esse questionário. (ESIDL, ZANNON, 2004). O questionário WHOQOL-bref é validado e confiável e pode ser utilizado na prática clínica como forma de aprimorar a relação médico-paciente, como instrumento de avaliação e comparação de resposta a diferentes tratamentos, em avaliações de serviços de saúde, em pesquisas e em avaliação de políticas de saúde. Trata-se de um instrumento curto, de rápida aplicação, que pode ser utilizado tanto em populações com algum tipo de doença como em populações saudáveis (FLECK, *et al*, 1999).

A forma de aplicação do questionário foi a auto administrada, tendo os voluntários sido assistidos pelo pesquisador previamente treinado para possíveis esclarecimentos de dúvidas que pudessem surgir a respeito das questões do instrumento.

3.6 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS

Na primeira etapa foi realizado contato com o Departamento de Educação Física da UFPB, onde foi esclarecido o interesse em desenvolver o estudo envolvendo o programa de condicionamento físico para a Terceira Idade ofertada pelo DEF com fins de produção da pesquisa para conclusão de curso.

Após a anuência da Chefia do Departamental para a realização da pesquisa foi realizado um contato com a coordenação do programa de condicionamento físico selecionado para a realização da coleta de dados, onde foram explicados os objetivos do estudo para o dirigente responsável pelo mesmo. Posteriormente a autorização para a realização da coleta dos dados, foi realizado contato com os participantes inscritos no programa no semestre 2017.2, sendo esclarecidos os objetivos e procedimentos da pesquisa e solicitada à autorização por escrito do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido àquelas que se interessaram em participar como voluntários da pesquisa.

Na última etapa foi executada a coleta dos dados com a aplicação do questionário com os voluntários que se enquadraram nos critérios de inclusão.

3.7 ÉTICA DA PESQUISA

Todos os voluntários foram esclarecidos quanto aos objetivos, riscos, benefícios e procedimentos da pesquisa. Neste sentido, os participantes foram apenas considerados voluntários após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, sendo garantido aos mesmos o sigilo e confidencialidade das informações individuais e que só dados globais foram divulgados a comunidade acadêmica e demais públicos, conforme as normas para a realização de Pesquisas com Seres Humanos e atendendo aos critérios da Bioética do Conselho Nacional de Saúde na sua Resolução 466/12 (BRASIL, 2013). O protocolo da pesquisa foi aprovado pelo parecer consubstanciado de número 2.309.351/17 do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

3.8 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados foi utilizado o método estatístico descritivo de distribuição de frequência relativa, ou seja, porcentagem, sendo ilustrada através de gráficos de setores (Figuras); além das medidas de tendência central, como: média, desvio padrão, valores mínimos e máximos. Para tais procedimentos foi utilizado como suporte para tabulação de dados e tratamento analítico o *software* SPSS, versão 20.0 *for Windows*®. Para construção dos gráficos foi utilizada a planilha do Excel, versão 2016 do *Microsoft Office*®.

4 RESULTADOS

No total, participaram do estudo 31 idosos, de ambos os sexos, com idades entre 60 a 72 anos ($66,1 \pm 5,2$ anos), conforme visto na Figura 1, foram oito homens (25,8%) e 23 mulheres (74,2%), todos extensionistas de um programa de atividade física, do Departamento de Educação Física da UFPB.

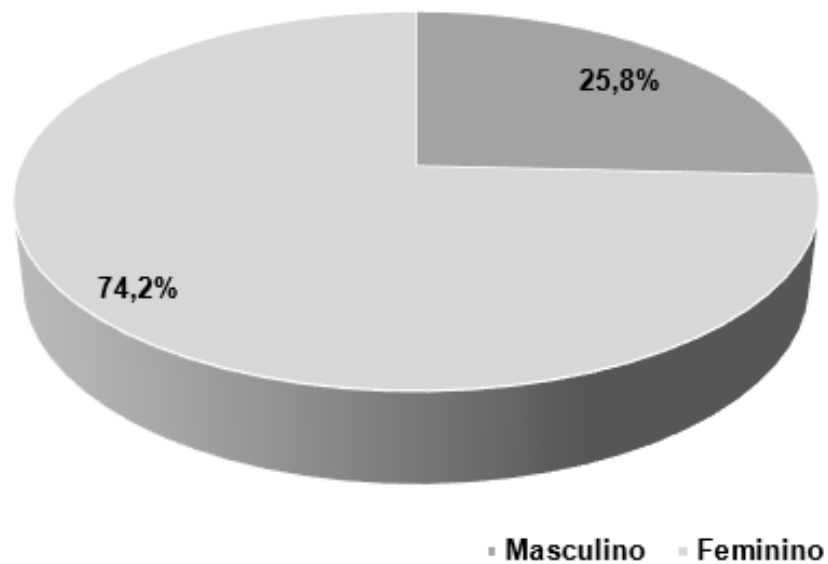


Figura 1 – Participantes da pesquisa conforme o sexo.

Na análise dos domínios que formam a percepção da qualidade de vida individual, verifica-se na Tabela 1 que em termos médios todos os domínios apresentaram valores que sinalizam para uma qualidade de vida regular, ou seja, escores entre 3 a 3,9, com pior média para a dimensão de meio ambiente ($3,05\pm 0,6$) e melhores valores para as relações pessoais ($3,975\pm 0,7$).

Tabela 1 – Distribuição de frequência da qualidade de vida em ambos os sexos dos domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (n=31).

Domínios	$\bar{x}^* \pm DP$	Mínimo	Máximo
Físico	$3,90\pm 0,4$	1,42	4,71
Psicológico	$3,86\pm 0,3$	2,50	4,83
Relações sociais	$3,77\pm 0,4$	1,0	5,0
Meio ambiente	$3,61\pm 0,4$	1,60	4,25

Em relação a avaliação da qualidade de vida, a Figura 2 demonstra que a maior parte dos idosos perceberam a sua qualidade de vida como boa (74,2%) e 9,7% excelente; 16,1% disseram a respeito da qualidade de vida, não achar “nem ruim, nem boa”.

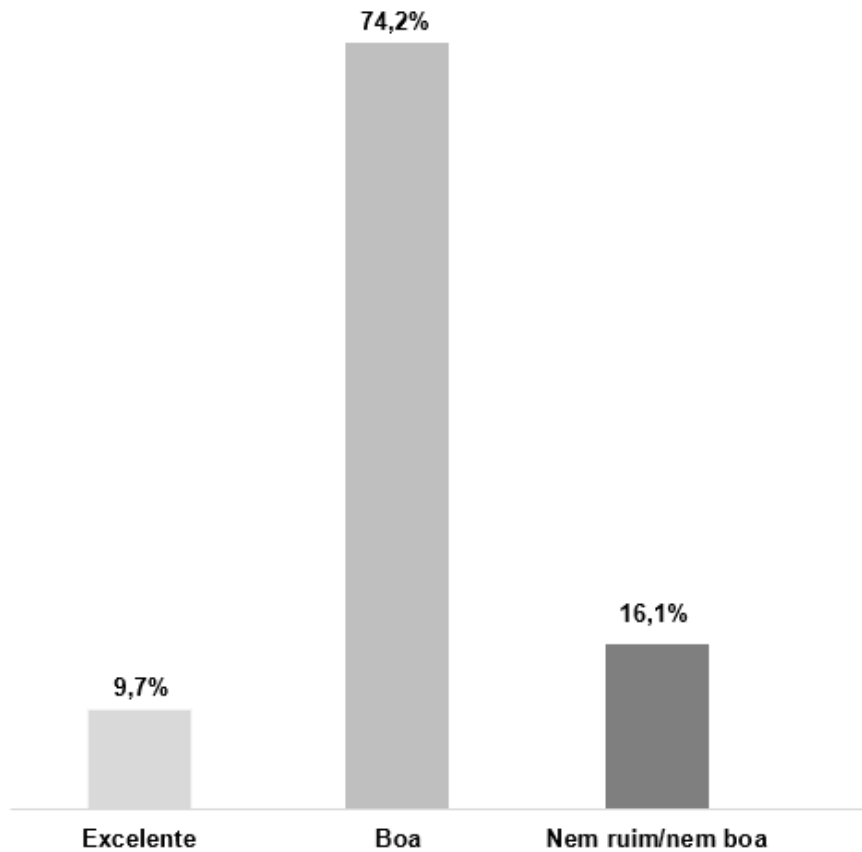


Figura 2 – Como você avalia a sua qualidade de vida.

Conforme a Figura 3, constatou-se que a maioria dos idosos que participaram da pesquisa estão satisfeitos com sua saúde (67,7%), 6,5% demonstraram muita satisfação.

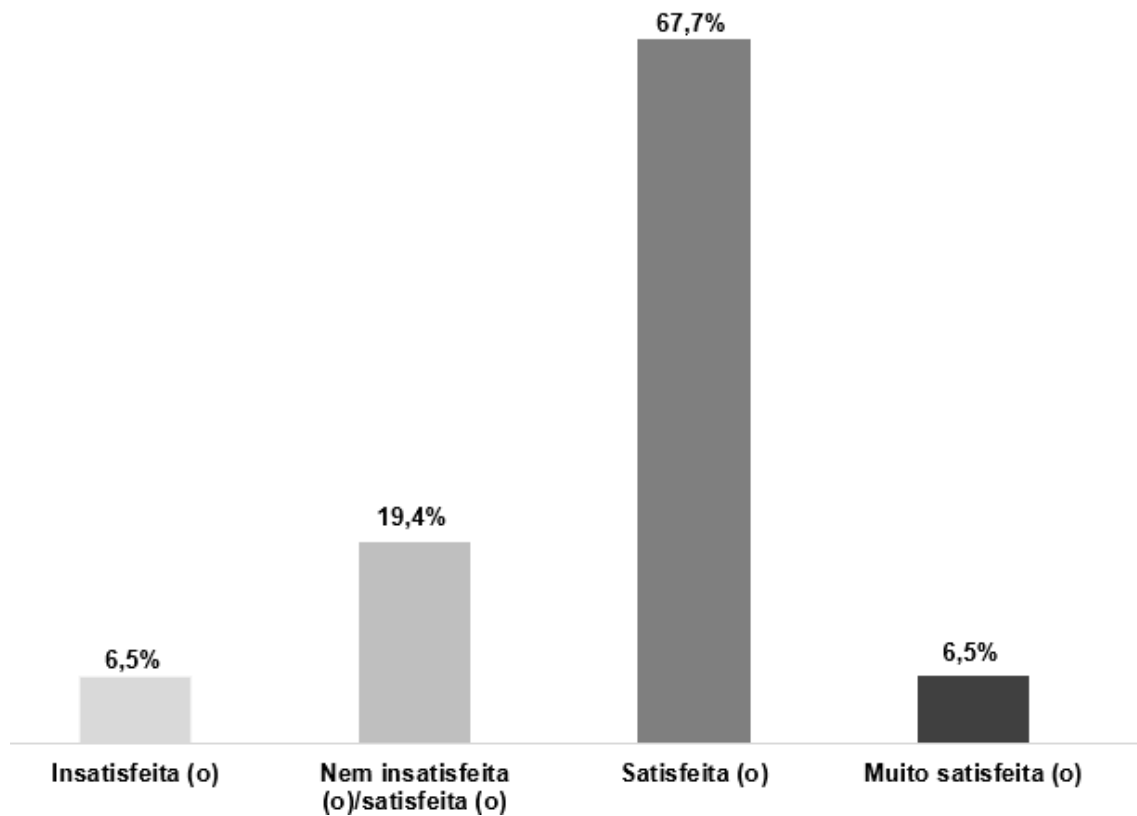


Figura 3 – Qual o nível de satisfação com a sua saúde.

A Figura 4 demonstra que 53,3% dos participantes da pesquisa demonstraram uma percepção de qualidade de vida em relação ao domínio físico “boa” e 46,7% regular.

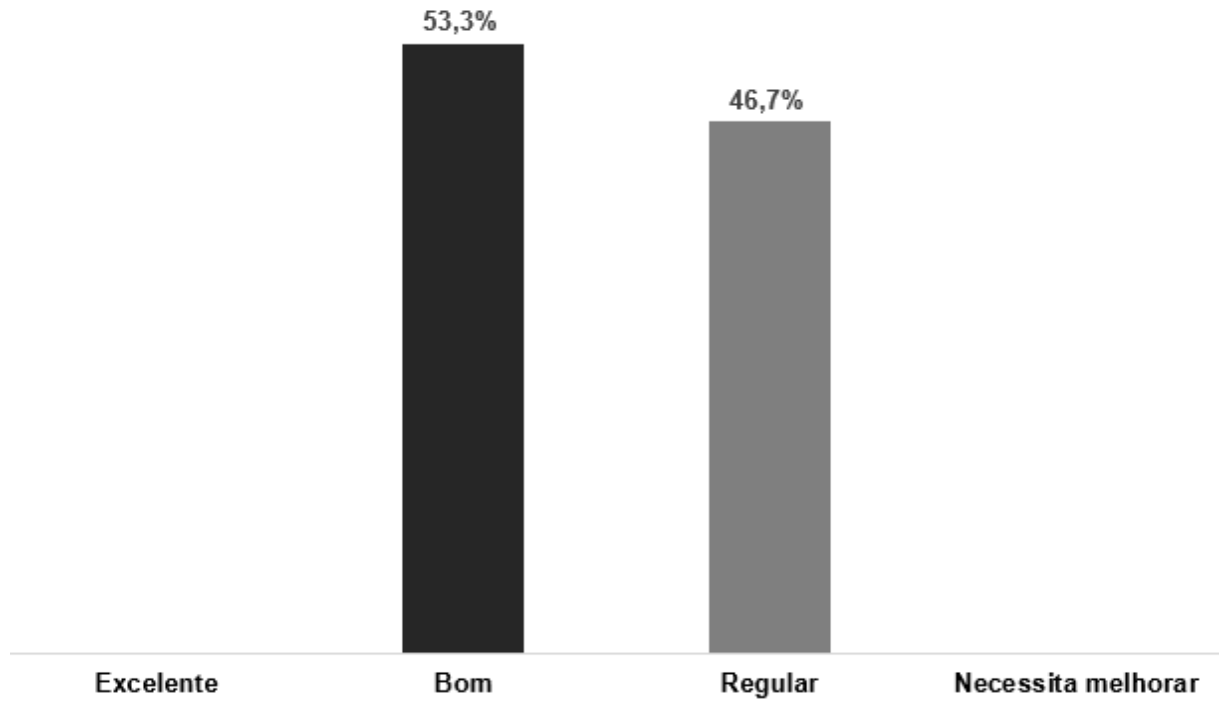


Figura 4 – Qualidade de vida em relação ao físico.

Conforme a Figura 5 a maior parte dos idosos (61,3%) demonstraram uma percepção “regular” da qualidade de vida relacionada ao domínio psicológico. A outra parte apresentou uma percepção de boa qualidade de vida (38,7%).

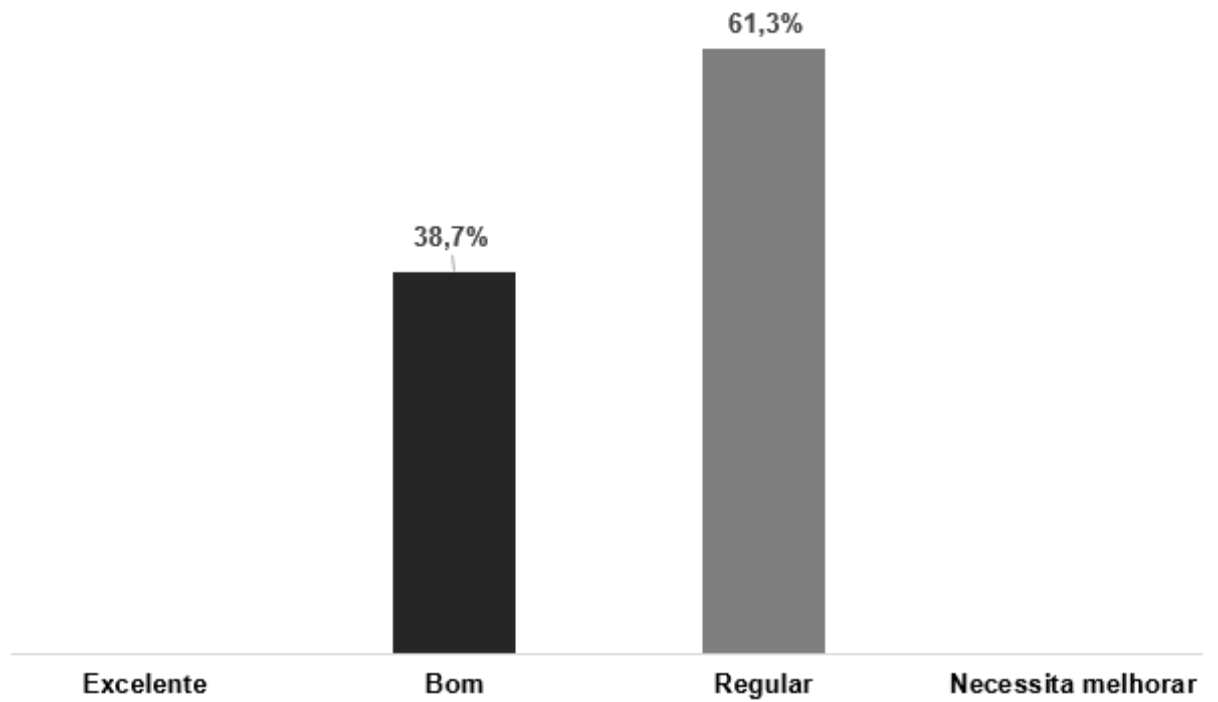


Figura 5 – Qualidade de vida em relação ao psicológico.

No que diz respeito ao domínio das relações pessoais conforme a Figura 5, 48,4% dos pesquisados tiveram a percepção que têm uma “boa” qualidade de vida, seguidos pelos que acham ter “regular” (45,1%). 6,5% acreditam que necessitam melhorar nesta questão.

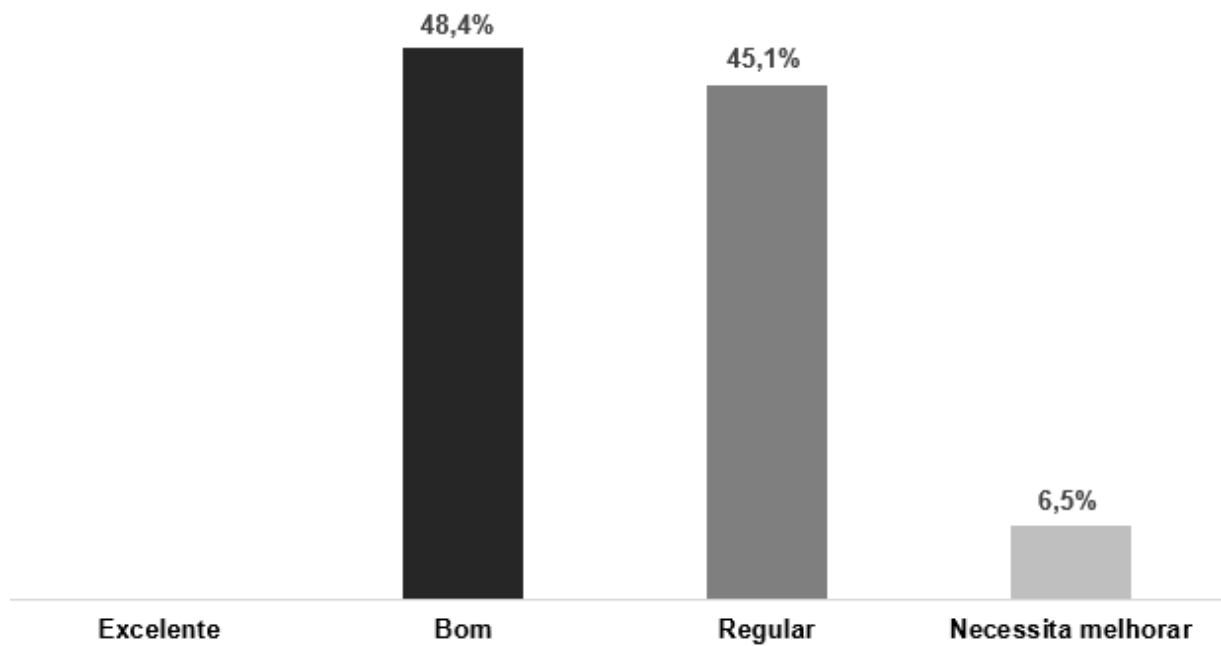


Figura 6 – Qualidade de vida em relação às relações sociais.

A respeito do meio ambiente, verifica-se na Figura 7, que um maior percentual percebe nesta dimensão ter uma qualidade de vida “regular” (64,5%), 29,0% entendem ter uma boa qualidade de vida e apenas 6,5% acreditam que necessitam melhorar.

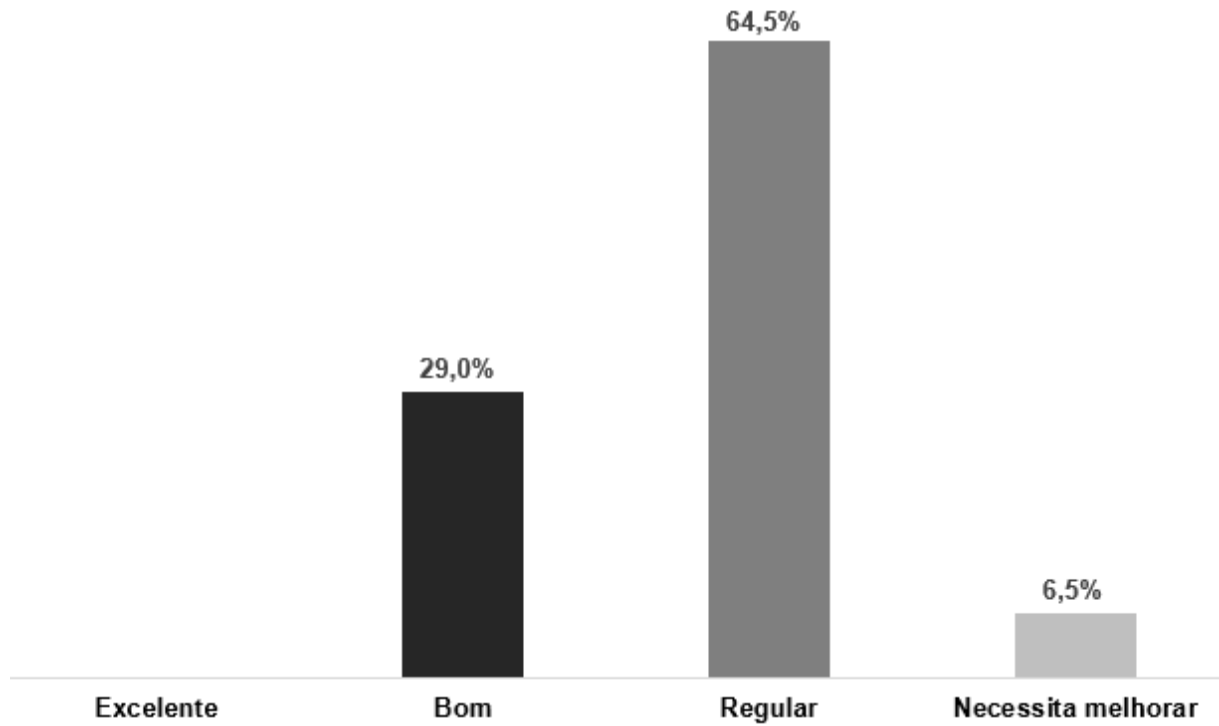


Figura 7 – Qualidade de vida em relação ao meio ambiente.

5 DISCUSSÃO

O presente estudo justifica a sua relevância à medida em que se propôs a identificar a percepção da QV e saúde dos idosos participantes do programa de condicionamento físico da UFPB, via extensão universitária. Essa temática vem sendo discutida cada vez mais em várias partes do país e do mundo, como observamos, respectivamente, no estudo das contribuições dos domínios físico, psicológico, social e ambiental para a qualidade de vida global dos idosos (PEREIRA *et al.*, 2006) e no estudo com idosos de distritos portugueses e sua percepção de QV e bem-estar (SOUSA; GALANTE; FIGUEIREDO, 2003). Essa preocupação acontece principalmente, em países em desenvolvimento, onde o envelhecimento populacional cresce junto com os países, como afirma Küchemann (2012). Sendo assim, a aferição da qualidade de vida dessa população faz-se necessária, haja vista que sua expectativa de vida tem aumentando ao longo dos anos (FLECK *et al.*, 2008). Sob essa constatação, este estudo delimitou a construção da compreensão e percepção da QV, a partir do instrumento (questionário WHOQOL-BREF), que avalia 04 (quatro) domínios: físico, psicológico, relações pessoais e meio ambiente.

Em relação à QV geral, os idosos investigados em sua maioria (74,2%), consideraram como sendo “boa” e 9,7% consideraram-se com qualidade de vida “excelente”. No que se refere aos escores de qualidade de vida, eles são uma escala positiva (quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida), e segundo Lima (2002), não existem pontos de corte que determinem um escore abaixo ou acima do qual se possa avaliar a qualidade de vida como “ruim” ou “boa”.

Quanto a percepção de saúde, constatou-se que a maioria dos idosos que participaram da pesquisa estão satisfeitos (67,7%), sendo que 6,5% demonstraram muita satisfação. Esses dados corroboram com as informações apontadas por Covinsky *et al.* (1999) e Fassino *et al.* (2002), que apontaram o domínio funcionalidade do idoso como sendo de grande relevância no conceito multidimensional de qualidade de vida, devendo ser medido juntamente com o estado de saúde quando se deseja avaliar a qualidade de vida dos mesmos. Dessa forma, o bem-estar do idoso e sua percepção enquanto indivíduo saudável seriam resultados do equilíbrio entre as diversas dimensões da capacidade funcional, sem significar ausência de alguma doença ou problemas em outras dimensões.

Em relação aos achados sobre os domínios utilizados para compor a QV. O resultado verificado para o domínio físico, que focaliza os aspectos: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho; 53,3% dos participantes da pesquisa demonstraram uma percepção de qualidade de vida “boa” e 46,7% “regular”. Esse resultado vai de encontro com os valores encontrados por Pereira *et al* (2006), que na pesquisa da qualidade de vida global obtiveram os melhores resultados no domínio físico, com contribuição de 28,2% na avaliação final da QVG. Ainda no tocante ao domínio físico, Maciel (2010) aponta que a manutenção da capacidade funcional dos idosos é um dos fatores que contribuem para uma melhor qualidade de vida dessa população, e nesse processo a prática de atividades físicas é um importante meio para se alcançar esse objetivo, devendo ser estimulada ao longo da vida. Nessa faixa etária, é importante priorizar o desenvolvimento da capacidade aeróbica, flexibilidade, equilíbrio, resistência e força muscular de modo a proporcionar uma série de benefícios específicos à saúde biopsicossocial do idoso. Nahas (2013, p.210) salienta que a atividade física representa “o que mais se aproxima de um ‘antídoto’ para os efeitos do envelhecimento”. Néri (1993) ainda destaca que, quanto mais ativo o idoso, maior sua satisfação com a vida e, conseqüentemente, melhor sua qualidade de vida.

Com relação ao domínio psicológico, composto das facetas: sentimentos positivos, pensar, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência e sentimentos negativos, a maior parte dos idosos (61,3%) demonstrou uma percepção “regular” da qualidade de vida; a outra parte apresentou uma percepção de boa qualidade de vida (38,7%). Esses achados vão de encontro com os resultados encontrados por Pereira *et al* (2006) que em seu estudo sobre as contribuições dos domínios aqui estudados para a QV global dos idosos, encontrou no domínio psicológico uma das menores contribuições significativas para a QV dos idosos, segundo as percepções dos mesmos. Diante dessa situação é importante considerar as alterações psicológicas e de inserção social que sobrevêm aos indivíduos idosos, e que de certa forma minimizam os efeitos das transformações na qualidade de vida desses indivíduos (CHAIMOWICZ, 1997; FLECK *et al.*, 2003; LEBRÃO; LAURENTI, 2003; OMS, 2001).

No que diz respeito ao domínio das relações pessoais e este domínio é composto pelos aspectos, satisfação com as relações pessoais; vida sexual e apoio de familiares; amigos e colegas de trabalho, 48,4% dos pesquisados tiveram a percepção que têm uma “boa” qualidade de vida, seguidos pelos que acham ter “regular” (45,1%). Sobre as relações sociais, Góes (2000), afirma que estas se formam a partir da convivência entre as pessoas em sociedade e que assim, surgem no decorrer dos eventos entre os seres humanos. Sobre essa realidade, Caldas (2003) diz que a convivência com familiares pode tanto oferecer benefícios, no sentido do apoio familiar nas condições debilitantes e de dependência, reduzindo o isolamento, como também gerar conflitos, que acabem diminuindo a autoestima e/ou estado emocional do idoso, afetando de forma marcante sua qualidade de vida. Esse resultado entra em confronto com estudo de Pereira *et al* (2006), onde os idosos participantes de sua amostra apontaram as variáveis do domínio das relações sociais como aquelas que menos contribuíam para sua qualidade de vida.

Quanto ao domínio meio ambiente, o qual se refere às facetas: segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; disponibilidade e qualidade de cuidados de saúde e sociais; oportunidades de adquirir novas informações, participação e oportunidades de recreação/lazer e ambiente físico, que compõem as características: poluição, ruído, trânsito, clima, transporte (FLECK, 2000, p.178-183) os resultados obtidos apontaram que um maior percentual dos idosos percebe nesta dimensão, ter uma qualidade de vida “regular” (64,5%), e 29,0% entendem ter uma boa qualidade de vida sob os aspectos desse domínio. Este resultado se destacou por apresentar a maior média entre os demais verificados e aponta para um declínio na percepção da qualidade de vida dos idosos, principalmente nos aspectos: recursos financeiros e disponibilidade e qualidade nos cuidados de saúde. Ratificando com essa situação, Lima-Costa *et al* (2003) analisaram os dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios de 1998, realizada com cerca de 20 mil idosos brasileiros, e evidenciaram que aqueles com menor renda domiciliar apresentam uma pior percepção de saúde em comparação aos de melhor condição financeira.

Pereira (2002) chama a atenção para o fato de que a mensuração da QV dos idosos através da subjetividade de suas falas e respostas deve considerar o que acontece a esses indivíduos nas diferentes etapas do envelhecimento, observando o entendimento e sentimentos desses idosos diante dessas etapas e

consequentemente seus ganhos e perdas psicológicas, assim como suas frustrações e aspirações. Sendo assim, a qualidade de vida dos idosos deve ser compreendida considerando-se diversos fatores de natureza biológica, psicológica e sociocultural, pois os elementos indicadores que determinam o bem-estar na velhice estão atrelados a esses fatores, como: saúde biológica, saúde mental, produtividade, longevidade, eficácia cognitiva, *status* social, satisfação, continuidade de papéis familiares e ocupacionais, funcionalidade e continuidade nas relações interpessoais (SANTOS, 2002).

6 CONCLUSÃO

Em relação a avaliação da qualidade de vida geral, a maior parte dos idosos apresentaram uma percepção boa da qualidade de vida, considerando os conceitos, bom e regular em cada um dos domínios analisados e de satisfação com a saúde.

Foi evidenciada uma percepção de aceitação elevada nas dimensões físico, psicológico, relações pessoais e menor satisfação nas questões relativas ao meio ambiente.

Portanto, a partir das evidências aqui expostas e das características inerentes aos conceitos de saúde e qualidade de vida, recomenda-se a realização de novas pesquisas, diante da complexidade da temática em questão e da relevância da ampliação das pesquisas na área de Atividade Física na Terceira Idade.

REFERÊNCIAS

- AINSLIE, P.; REILLY, T.; WESTERTERP, K. Estimating Human Energy Expenditure: A Review of Techniques with Particular Reference to Doubly Labelled Water. **MedSci Sports Exerc.** v. 33, n. 9, p. 683-698, 2003.
- BELTRÃO, K. I.; CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **Dinâmica Populacional Brasileira na Virada do Século XX.** Rio de Janeiro: IPEA, 2004a (Texto para Discussão, 1.034).
- BOUCHARD, C. et al. **Exercise, fitness and health: The consensus statement.** In: Bouchard, C. et al. Exercise, fitness and health. Champaign, Illinois, Human Kinetics Books, 1990.
- BRACH, J. S. et al. The Association between physical function and lifestyle activity and exercise in the health, aging and body composition study. **J. American Geriatrics Society**, v. 52, n. 4, p. 502-509, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, **Resolução 466 do CNS que trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196.** Brasília: Ministério da Saúde. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528, de 19 de Outubro de 2006. **Política Nacional da Pessoa Idosa.** Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/pORT2006/GM/GM-2528.htm>. Acesso em 17 nov. 2017.
- BRASIL, Ministério Da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.** Brasília: Ministério da Saúde. 2006. Acesso em 14 de outubro de 2017
- BRASIL, 1999. **Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da saúde de Nº 1395, de 09 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências.** Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil. nº 237-E, pp. 20-24, 13 de dezembro, seção 1.
- CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad Saúde Pública**;19(3):773-81. 2003.
- 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.
- CASTELLANOS, P.L. **Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais, pp. 31-76.** In RB Barata (org.). Condições de Vida e Situação de Saúde. Saúde Movimento, 4. Abrasco, Rio de Janeiro. 1997.
- CDC Centers For Disease Control and Prevention. **Behavioral Risk Factor Surveillance System. BRFSS Questionnaires.** 2016. Disponível em: <https://www.cdc.gov/brfss/questionnaires/>. Acesso em 15 de outubro de 2017

CEI-RS (Conselho Estadual do Idoso - Rio Grande do Sul). Considerações finais. In: **Os Idosos do Rio Grande do Sul: Estado Multidimensional de suas condições de vida: Relatório de Pesquisa** (CEI-RS, org.) p. 71, 1997.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev Saúde Pública.**;31(2):184-200. 1997.

CLEARY, P.D; WILSON,P.D; FOWLER, F.J. **Health - related quality of life in HIV-infected persons: a conceptual model.** In: Dimsdale JE, Baum A, editors. Quality of life in behavioral medicine research. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1995. p. 191-204.

COVINSKY, K.E; WU, A. W; LANDEFELD, C.S; CONNORS, A.F Jr, PHILLIPS, R.S; TSEVAT J; et al. **Health status versus quality of life in older patients: does the distinction matter?** **Am J Med**,v.106, n.4, p.435-4, 1999.

EBRAHIM, S. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. **SocSci Med**; 41:1383-94. 1995

FERRANS, C.E. **Development of a conceptual model of quality of life.** **SchInqNursPract**; 10(3):293-304. 1996.

FASSINO, S; LEOMBRUNI, P; ABBATE DAGA, G; BRUSTOLIN, A; ROVERA G, G; FABRIS, F. **Quality of life in dependent older adults living at home.** **ArchGerontolGeriatr.**;35(1):9-20. 2002.

FLECK, M. P. A. **A Avaliação de qualidade de vida:** guia para profissionais de saúde. Artmed, 2008. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=6pTXhdeNr4oC&dq=A+avalia%C3%A7%C3%A3o+de+qualidade+de+vida&hl=pt-BR&source=gbs_navlinks_s. Acesso em: 12 de Outubro de 2017.

FLECK MP, LEAL OF, LOUZADA S, XAVIER M, CHACHAMOVICH E, VIEIRA G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.21, n.1, p.19-28, 1999.

FLECK, M.P.A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL – 100): características e perspectivas. **Ciências e Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p. 33-8, 2000. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?q=O+instrumento+de+avalia%C3%A7%C3%A3o+de+qualidade+de+vida+da+Organiza%C3%A7%C3%A3o+Mundial+da+Sa%C3%BAde+%28WHOQOL+%E2%80%93+100%29%3A+caracter%C3%ADsticas+e+perspectivas.+Ci%C3%A4ncias+e+Sa%C3%BAde+Coletiva&btnG=&hl=ptBR&as_sdt=0%2C5. Acesso em 12 de outubro de 2017.

FLECK, M.P.A; CHACHAMOVICH, E; TRENTINI, C.M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Ver Saude Publica.**;37(6):793-9. 2003

GÓES, MCR de. A formação do indivíduo nas relações sociais: contribuições teóricas de Lev Vigotski e Pierre Janet. **Educação & Sociedade**, v. 21, n. 71, p. 116-131, 2000. Disponível

em:https://scholar.google.com.br/scholar?q=G%C3%93ES%2C+MCR+de.+A+forma%C3%A7%C3%A3o+do+indiv%C3%ADduo+nas+rela%C3%A7%C3%B5es+sociais%3A+contribui%C3%A7%C3%B5es+te%C3%B3ricas+de+Lev+Vigotski+e+Pierre+Janet.+Educa%C3%A7%C3%A3o+%26+Sociedade%2C+v.+21%2C+n.+71%2C+p.+116-131%2C+2000.&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5. Acesso em 07 de novembro de 2017.

GUEDES, D.P; GUEDES; PINTO, J.E.R. Atividade Física, Aptidão Física e Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. v.1, n.1, p. 18- 35, 1995.

GUI TERAS, A.F; BAYÉS R. **Desarrollo de un instrumento para la medida de localidad de vida en enfermedades crónicas**. In: FORNS M, ANGUERA MT, organizadores. Aportaciones recientes a La evaluación psicológica. Barcelona: Universitas; p. 175-95. 1993.

INOUYE, K.; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S. C. I. **“Octogenários e cuidadores: perfil sócio demográfico e correlação da variável qualidade de vida”**. In: Texto contexto – Enfermagem, Vol. 17 n. 2, Florianópolis, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Sinopse do Senso Demográfico de 2010**. Rio de Janeiro, 2011.

KÜCHEMANN, Berlindes Astrid. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado** - Volume 27 Número 1 - Janeiro/Abril 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000100010. Acesso em 18 de Outubro de 2017.

LAURENTI, Ruy. A mensuração da qualidade de vida. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 361-362, 2003. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302003000400021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 de outubro de 2017.

LEBRÃO, M.L; LAURENTI, R. **Condições de saúde**. In: **Lebrão ML, Duarte YAO. SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento: o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p. 73-91.

LIMA, A. F. B. S. **Qualidade de vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool [dissertação]**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.

LIMA-COSTA M.F, BARRETO SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol Serv Saúde**.;12(4): 189-201. 2003 Disponível em:

<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>. Acesso em 15 de outubro de

2017.

LIMA-COSTA, M.F; BARRETO, S; GIATTI, L; UCHÔA, E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **CadSaude Publica**; 19(3):745-757. 2003;

MACIEL, Marcos Gonçalves. Atividade física e funcionalidade do idoso. Motriz. **Revista de Educação Física**. UNESP, Rio Claro, SP, Brasil - eISSN: 1980-6574 - v.16 n.4, p.1024-1032, 2010.

MATSUDO, S.M; MATSUDO, V.K.R. Evidências da importância da atividade física nas doenças cardiovasculares e na saúde. **Revista Diagnóstico e tratamento**, v.5, n. 2, p. 10-17, 2000.

MATSUDO, S.M; MATSUDO, V.K.R, NETO; BARROS T.L. Efeitos Benéficos da Atividade Física na Aptidão Física e Saúde Mental Durante o Processo de Envelhecimento. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. v.5, n.2, p.60-76, 2000.

MINAYO, M.C. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**. (Ciência & Saúde Coletiva, 5(1) :7-18, 2000.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 3.Ed. Londrina: Midiograf, 2003.

NAHAS, M.V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 4ª Edição. Londrina: Midiograf, 2006.

NAHAS, M.V. **Atividade Física, saúde e Qualidade de Vida**. 6ª Edição. Londrina, Midiograf, 2013.

NERI, A.L. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papyrus; 1993.

OLIVEIRA, Rosany Larissa Brito de et al. **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em indivíduos com fissura labial e/ou palatina e seus familiares**. 2013. Disponível em: <<https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=+AVALIA%C3%87%C3%83O+DA+QUALIDADE+DE+VIDA+RELACIONADA+A+SA%C3%9ADE+EM+INDIV%C3%8DDUOS+COM+FISSURA+LABIAL+E%2FOU+PALATINA+E+SEUS+FAMILIARES&btnG=&lr=>>>. Acesso em 12 de Outubro de 2017.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **O papel da atividade física no Envelhecimento saudável**. Florianópolis, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Global Recommendations on Physical Activity for Health**. 2011. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/>. Acesso em 20 de outubro de 2017.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Salud y envejecimiento: un documento para el debate: version preliminar**. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2001.

PAULA, J.A.M. **Mobilidade do idoso: proposta para avaliação inicial**. Campinas, SP, 1999. 102p. Dissertação. (Mestrado em Gerontologia). Faculdade de Educação, UNICAMP.

PEREIRA, Renata Junqueira *et al*. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev Psiquiátrica RS**, jan/abr ;28(1):27-38. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v28n1/v28n1a05>. Acesso em 18 de Outubro de 2017.

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.**;10(6):757-64. 2002.

SEIDL, E.M.F; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2):580-588, mar- abr, 2004.

SOUSA, Liliana; GALANTE, Helena; FIGUEIREDO, Daniela. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 364-71, 2003. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?start=20&q=qualidade+de+vida&hl=ptBR&as_sdt=0,5. Acesso em 23 de Outubro de 2017.

The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **SocSciMed**; v.41, n.10, p.1403-1409, 1995.

THOMAS, J.R; NELSON, J.K; SILVERMAN, S.J. **Métodos de Pesquisa em Atividade Física**. 6.ed.. Porto Alegre, Artmed, 2012.

VERAS, R; Ramos, L.R; KALACHE, A. Crescimento da População Idosa no Brasil: Transformação e Consequências na Sociedade. **Revista de Saúde Pública**. v.21, n.3, p.225-33, 1987.

VIGITEL, Brasil 2016. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF, 2017.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science and Medicine**, v.46, n.15, p.69-85, 1998. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?q=The+World+Health+Organization+quality+of+life+assessment+%28WHOQOL%29%3A+development+and+general+psychometric+properties.+Social+Science+and+Medicine&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5. Acesso em 15 de Outubro de 2017.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: “Percepção da saúde e qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física de um programa de extensão universitária”.

Caro participante,

Esta pesquisa apresenta como temática a avaliação da saúde e qualidade de vida de idosos ativos, a mesma vem sendo desenvolvida pelos pesquisadores: Everton do Nascimento Fernandes aluno do Curso de Educação Física da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do Prof. Dr. Luciano Meireles de Pontes. O estudo terá como objetivo geral: identificar a percepção da saúde e qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física de um programa de extensão universitária. Solicitamos a sua colaboração para participar da coleta dos dados através de preenchimento de questionário com questões para identificar a percepção da saúde e estilo de vida individual, também é solicitada a sua autorização para que os dados possam constar em uma monografia de conclusão de graduação em Educação Física. Além disso, pedimos autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo.

Informamos que os benefícios do estudo serão elevados e estarão relacionados com o incentivo ao desenvolvimento de políticas públicas para promoção da saúde do idoso, além de esclarecimentos individuais sobre a importância de se ter hábitos de vida saudável. Os riscos da pesquisa serão mínimos e relacionados com possíveis constrangimentos ao responder o questionário que serão minimizados pelo pesquisador na coleta de dados e devidas orientações aos participantes da pesquisa sobre a melhor forma de preenchimento das questões.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, você não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo no serviço de saúde.

Os pesquisadores estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido e dou o meu consentimento livre e esclarecido para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Espaço para impressão datiloscópica

Assinatura da Testemunha

Contato com o Pesquisador Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o pesquisador Luciano Meireles de Pontes - Telefone: 3216-7030.

Endereço: Castelo Branco, s/n. Campus Universitário. Departamento de Educação Física.

ou

Comitê de Ética em Pesquisa do CCS – UFPB

Endereço: Centro de Ciências da Saúde - 1º andar / Campus I / Cidade Universitária / CEP: 58.051-900 - (83) 3216 7791

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE B - TERMO DE ANUÊNCIA PARA COLETA DE DADOS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA – DEF**

TERMO DE ANUÊNCIA PARA COLETA DE DADOS

Eu, **EVERTON DO NASCIMENTO FERNANDES**, estudante do Curso de Bacharelado em Educação Física da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), pretendo realizar uma pesquisa intitulada: **PERCEPÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA DE UM PROGRAMA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA**, sob a orientação do Prof. Dr. Luciano Meireles de Pontes do Departamento de Educação Física da UFPB, venho através deste termo solicitar a autorização da Chefia do Departamento de Educação Física para a coleta de dados com idosos praticantes de atividade física de um grupo da Extensão Universitária vinculado a este Departamento.

Informo que não haverá custos, e, na medida do possível, o pesquisador não irá interferir na operacionalização e/ou nas atividades cotidianas deste programa de extensão.

Esclareço que tal autorização é uma pré-condição bioética para execução de pesquisa envolvendo seres humanos, sob qualquer forma ou dimensão, em consonância com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Agradeço antecipadamente o apoio e a compreensão, certo da colaboração para o desenvolvimento desta pesquisa científica.

João Pessoa, 23 de maio de 2017.

Assinatura e carimbo da autoridade competente

ANEXO A – INSTRUMENTO DA PESQUISA

QUESTIONÁRIO WHOQOL – ABREVIADO (FLECK et al, 2000) - Versão em Português

FICHA DE COLETA DE DADOS

Identificação: nº _____

Nome: _____ Sexo: M () F ()

Cor da pele: Branco Negro Pardo Idade: _____ (anos completos)

Questionário sobre a percepção da qualidade de vida – WHOQOL – abreviado

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito da 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 a 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 da vida, tomando como referência as **duas últimas semanas.**

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

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

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

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5
		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 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 o seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência	1	2	3	4	5

	física?					
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponível para você estão às informações que precisa saber 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
16	Quão satisfeito(a) você está com 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 **acom que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA DE UM PROGRAMA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Pesquisador: Luciano Meireles de Pontes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 73129817.5.0000.5188

Instituição Proponente: Centro de Ciência da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.309.351

Apresentação do Projeto:

Trata-se da segunda versão do projeto "Percepção da saúde e qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física de um programa de extensão universitária" consiste no projeto de conclusão de curso do discente Everton do Nascimento Fernandes graduando do curso de Educação Física da UFPB sob orientação do Prof. Dr. Luciano Meireles de Pontes. O projeto tem como finalidade avaliar a percepção de saúde e

qualidade de vida de 40 idosos que praticam de forma assídua, de atividades físicas propostas por um projeto de extensão universitária promovido pelo Departamento de Educação Física da UFPB. Para isso, será aplicado o questionário Perfil do Estilo de Vida Individual (PEVI).

Objetivo da Pesquisa:

"Identificar a percepção da saúde e qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física de um programa de extensão universitária"

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram devidamente apresentados pelos pesquisadores.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente proposta apresenta relevância acadêmica, social e profissional.

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

Continuação do Parecer: 2.309.351

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Na primeira versão, especificamente nas Informações Básicas do Projeto na seção "Desenho" a descrição foi descrita de forma inadequada, o que tornava o projeto pendente. Nesta segunda versão, os autores trazem a pendência resolvida.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os pesquisadores resolveram a pendência indicada na primeira versão. Considero por tanto o projeto APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_927406.pdf	30/08/2017 07:51:21		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	29/08/2017 20:14:10	Luciano Meireles de Pontes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.pdf	29/08/2017 20:13:52	Luciano Meireles de Pontes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	29/08/2017 20:13:28	Luciano Meireles de Pontes	Aceito
Outros	INSTRUMENTO.pdf	10/08/2017 11:10:50	Luciano Meireles de Pontes	Aceito
Outros	ANUENCIA_COLETA_DADOS.pdf	10/08/2017 11:09:57	Luciano Meireles de Pontes	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	10/08/2017 11:08:48	Luciano Meireles de Pontes	Aceito
Outros	CERTIDAO_DEF.pdf	10/08/2017 11:08:22	Luciano Meireles de Pontes	Aceito
Folha de Rosto	FR_ASSINADA.pdf	10/08/2017 11:06:35	Luciano Meireles de Pontes	Aceito

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 2.309.351

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 02 de Outubro de 2017

Assinado por:

Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com