

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DANÇA

Gabriela Kerkhof

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM IDOSOS ATENDIDOS EM
UNIDADES DE SAÚDE E RELAÇÃO COM A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA E
PRESENÇA DE DOENÇA**

Porto Alegre, 2016

Gabriela Kerkhof

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM IDOSOS ATENDIDOS EM
UNIDADES DE SAÚDE E RELAÇÃO COM A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA E
PRESENÇA DE DOENÇA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para aprovação no curso de graduação Licenciatura em Educação Física.

ORIENTADORA

Prof. Dra. Andréa Kruger Gonçalves

Porto Alegre

2016

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM IDOSOS ATENDIDOS EM
UNIDADES DE SAÚDE E RELAÇÃO COM A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA E
PRESENÇA DE DOENÇA**

Conceito Final:

Aprovado em de de

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Angela Peña Ghisleni

Prof. Dra. Andréa Kruger Gonçalves

Dedicatórias

Aos meus pais e meu irmão, que sempre foram peças fundamentais para minha caminhada acadêmica.

AGRADECIMENTOS

À minha família que sempre me apoiou nesse tempo de graduação, mas principalmente a meus pais Vera Lúcia Saueressig Kerkhof e Gilmar José Scarpato Kerkhof que mesmo estando longe durante todo esse processo foram meus principais motivadores para que eu conseguisse superar todas as dificuldades.

Aos meus colegas que ajudaram na realização dessa pesquisa, e em especial Eliane Mattana Griebler, Vanessa Dias Possamai e Valéria Feijó Martins, que estavam sempre dispostas a me ajudar a qualquer dificuldade que surgisse.

À minha orientadora Andréa Kruger Gonçalves pela compreensão e apoio na realização desse trabalho.

RESUMO

O processo de envelhecimento tem sido associado à diminuição do nível de atividade física. O objetivo dessa pesquisa foi analisar a qualidade de vida relacionada à saúde de idosos atendidos em unidades de saúde e sua relação com a prática de atividade física e presença de doenças. O estudo foi caracterizado como descritivo de abordagem qualitativa. Participaram da amostra 28 pessoas com idade superior ou igual a 60 anos, residentes da comunidade atendida pelas unidades do Distrito Glória Cruzeiro Cristal. A análise dos dados utilizados foi descritiva com cálculos de frequência e percentuais das variáveis estudadas no programa estatístico SPSSA 20.0. Foram utilizados para este estudo os dados provenientes dos seguintes instrumentos: a) cartilha do idoso; b) avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. Os resultados demonstram que a qualidade de vida dos idosos atendidos é considerada “muito boa” pela sua própria percepção do estado de saúde, além de um baixo índice da maioria das doenças crônicas relatadas entre eles. A partir desse estudo também pode-se concluir que a prática de atividade física está diretamente ligada a boa qualidade de vida e ao baixo índice de doenças crônicas.

Palavras chave: idoso; qualidade de vida; doenças crônicas; saúde; atividade física.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	11
2.1 Atividade física e idoso.....	11
2.2 Qualidade de vida	13
2.3 Doenças crônicas	15
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	19
3.1 Tipo de estudo	19
3.2 População da amostra	19
3.3 Instrumentos	19
3.4 Tipo de análise	20
3.5 Procedimentos éticos	20
3.6 Limite do estudo	21
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
5. CONCLUSÃO	28
6. REFERÊNCIAS	29
7. ANEXOS	31
7.1 Anexo 1	31
7.2 Anexo 2	36

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é visto como um fato natural, social, mundial e que não pode ser revertido, pois não está caracterizado apenas pela degeneração biológica, mas pelo resultado dessa situação relacionado com problemas e limitações de ordem econômica, de condições políticas, históricas e socioculturais que singularizam esse processo (SANTOS, FORONI e CHAVES, 2009; MELO et al., 2009). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística o crescimento da população de idosos, em números absolutos e relativos, é um fenômeno mundial e está ocorrendo a um nível sem precedentes, estima-se que em 2050 um quinto da população será de idosos. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) idosos, são pessoas com 60 anos ou mais em países em desenvolvimento, e 65 anos para aqueles que vivem nos países desenvolvidos. Ainda de acordo com os dados da OMS, dois terços da população mais velha residem em países ainda em desenvolvimento, como o caso do Brasil.

À medida que aumenta a idade cronológica as pessoas ficam menos ativas, o que facilita o aparecimento de doenças crônicas e degenerativas, assim, há necessidade de procurar conhecer e desenvolver todas as alternativas possíveis e válidas, não só para prevenir, como também para retardar o aparecimento de doenças crônicas e os consequentes agravos causados por elas. Essa tendência a uma menor atividade, leva ao sedentarismo, que ocorre em todas as faixas etárias, mas na velhice pode ser mais acentuado pelo mito de que com o envelhecimento deve-se diminuir a intensidade e a quantidade de atividade física. Esse pensamento errôneo faz com que os idosos se tornem sedentários e experimentem alterações mais significativas na composição corporal, na deterioração da capacidade funcional e na qualidade de vida do que aqueles que permanecem fisicamente ativos à medida que envelhecem. Para tentar minimizar ou mesmo retardar esse processo, a atividade física é indicada como parte fundamental nos programas mundiais de promoção da saúde, pois nos indivíduos que estão envelhecendo a atividade física tem como objetivos a prevenção e o tratamento de várias doenças, bem como o de preservar as habilidades funcionais e ajudar o indivíduo a manter uma vida independente.

Segundo Shephard (2003), o objetivo da prática de exercícios para idosos é preservar ou melhorar a autonomia, bem como minimizar ou retardar os efeitos da

idade avançada, além de aumentar a qualidade de vida dos indivíduos definida como: "percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL, 1995). Rebelatto *et al.* (2006) afirma que a prática regular de exercícios físicos é uma forma preventiva primária, atrativa e eficaz, para manter e melhorar o estado de saúde física e psíquica em qualquer idade, tendo efeitos benéficos diretos e indiretos para prevenir e/ou retardar as perdas funcionais do envelhecimento, reduzindo o risco de enfermidades e transtornos frequentes, acarretando uma melhora na qualidade de vida. Uma vida saudável está relacionada com o acréscimo da prática de atividades físicas, sejam elas realizadas no contexto do trabalho, do lazer e das atividades domésticas, na locomoção, e, como consequência, há melhoras nos padrões de saúde e qualidade de vida.

De acordo com Vandervoot (2000) o processo de envelhecimento acarreta diversas alterações fisiológicas e anatômicas que tornam os idosos mais frágeis, fazendo com que tenham mais dificuldades em realizar atividades que antes eram feitas com facilidade, como as atividades de vida diárias (AVD's). Guccione (2002) afirma que essas transformações na vida dos idosos são em virtude do equilíbrio frágil, de sua menor resistência, da fraqueza generalizada e as frequentes quedas. Tais mudanças tem o poder de diminuir a capacidade da pessoa de se adaptar ao meio em que vive, deixando o idoso mais vulnerável e exposto aos processos patológicos (CARVALHO FILHO *et al.*, 2006). Apesar do processo de envelhecimento não estar, necessariamente, relacionado a doenças e incapacidades, as doenças crônico-degenerativas são frequentemente encontradas entre os idosos (CHAIMOWICZ, 1998).

A motivação para a realização deste trabalho surgiu da participação como acadêmica no programa de extensão denominado Vidas em Movimento: atividades físicas e socioeducativas de lazer com idosos, o qual tem por finalidade o desenvolvimento de prática de atividades físicas e socioeducativas para pessoas idosas, contribuindo para seu desenvolvimento. O programa é desenvolvido em diferentes Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito de Saúde Glória/Cruzeiro/Cristal de Porto Alegre (DGCC), e atende o público em dois diferentes modos: nos espaços cedidos pelas unidades e na universidade. A

participação nesse programa possibilita a oportunidade de aproximação com uma realidade distinta das práticas até então vivenciadas no ambiente acadêmico.

Tendo em vista o descrito anteriormente, este trabalho tem como objetivo analisar a qualidade de vida de idosos atendidos em UBS e sua relação com a prática de atividade física e presença de doenças.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Atividade Física e idoso

Segundo Pedroso (2009) a atividade física é de extrema importância para as pessoas idosas, pois é capaz de criar vários fatores de âmbito físico e social que poderão proporcionar aos idosos um bem-estar físico que será refletido no aspecto mental. A prática de atividade física possibilita, além do próprio exercício, o convívio social com os participantes e uma importante troca de experiências entre as pessoas idosas. De acordo com Buch Filho e Bagnara (2011) é essencial incluir os idosos em atividades que ajudem os mesmos se sentir melhor, a aceitar-se a si mesmo e aos demais. Acrescentam também que boa parte dessas atividades deverão ter por objetivo melhorar a agilidade do idoso, além de fazê-lo sentir, valorizar e conhecer o próprio corpo.

A prática de exercício físico proporciona inúmeros benefícios psicossociais, como, alívio da depressão, aumento da autoconfiança e melhora da autoestima, também provoca algumas melhoras da composição corporal, na diminuição de dores articulares, no aumento da densidade mineral óssea, na melhora da utilização de glicose, no aumento da capacidade aeróbia, no ganho de força e de flexibilidade e ainda auxilia na diminuição da resistência vascular. (FRANCHI; MONTENEGRO JUNIOR, 2005). Também para Nobrega et al. (1999) exercício físico é um excelente instrumento de saúde para a população idosa, pois induz a várias adaptações fisiológicas e psicológicas, tais como: aumento do VO₂ máx, maiores benefícios circulatórios periféricos, aumento da massa muscular, melhor controle da glicemia, melhora do perfil lipídico, redução do peso corporal, melhor controle da pressão arterial de repouso, melhora da função pulmonar, melhora do equilíbrio e da marcha, menor dependência para realização de atividades diárias, melhora da autoestima, autoconfiança, qualidade de vida, também ajuda na diminuição de incidência de quedas, o risco de fraturas e a mortalidade em portadores de doença de Parkinson. Assim, existe uma inquietação em relação ao exercício físico, pois ele aparece como um fato significativo que pode oferecer acréscimo positivo na qualidade de vida dos idosos, onde suas capacidades físicas são estimuladas (BORGES; MOREIRA, 2009).

Segundo Lara *et al.* (2011) o exercício físico diminui os fatores de risco de saúde dos idosos e reduz o risco de doenças crônicas que os acometem, e pode também ocorrerem mudanças no estilo de vida, deixando os indivíduos com a sua qualidade de vida melhorada. Guimarães, Duarte e Dias (2011) reforçam a importância do exercício físico para esse grupo, pois ajuda a minimizar os riscos de desenvolvimento de doenças e age de forma terapêutica para aquelas já adquiridas.

De acordo com Jacob Filho (2006) existem inúmeras evidências pelas quais a prática de atividade física pode interferir de forma positiva na saúde, principalmente quando vem em conjunto com maiores possibilidades de satisfação pessoal e de interação social. Afirma também que é de extrema importância a diversidade de estratégias de ação, recomendando atividades que antes eram restritas a jovens, como exercícios com pesos, ou as atividades divididas em sessões durante o dia. Deve-se preconizar, segundo o autor, trabalhos em grupos, onde o chamado “ganho secundário” é obtido, que inclui o equilíbrio emocional, a autoestima e a integração social, ganhos que geralmente não são levados em conta. O treinamento de força também é indicado para a redução de peso do idoso, pois há um aumento significativo na taxa metabólica basal, e na ingestão energética indispensável para manter o peso do corporal. Sendo assim, o treinamento com pesos pode ajudar para aumentar as demandas energéticas, a diminuir a massa corporal gorda e manter o metabolismo ativo em idosos saudáveis (KLEINPAUL *et al.* 2008).

Concordando com os autores citados, Alves *et al.* (2004) enfatiza que a prática de exercício físico com regularidade, combate o sedentarismo e auxilia de maneira significativa a manutenção da aptidão física do idoso. Franchi e Montenegro Junior (2005) indicam que os estudos atualmente, mostram a importância do exercícios que envolvem força e flexibilidade, pois, essas variáveis melhoram a manutenção da capacidade funcional e autonomia da pessoa idosa. Borges e Moreira (2009) corroboram que o exercício físico bem planejado e estruturado retarda o tempo em que a capacidade funcional declina até o limiar crítico para a perda da independência. Já, de acordo com Guimarães, Duarte e Dias (2011) o exercício mais indicado pelos médicos, para essa fase de vida, é a hidroginástica, pois é considerada uma atividade segura, prazerosa e eficaz devido aos efeitos terapêuticos.

Lambertucci e Pithon-curi (2005) destacam que a prática de exercício físico deve ser orientado por um profissional apto, que conheça muito as características dessa população e que respeite a individualidade de cada idoso, para que os exercícios possam ser indicados e adaptados de maneira correta, sem prejudica-los.

2.2 Qualidade de vida

De acordo com Paschoal (2004), qualidade de vida na velhice tem sido definida como a percepção de bem-estar de uma pessoa que provém de sua própria avaliação do quanto realizou daquilo que configura como necessário para ter uma boa vida, e de seu grau de satisfação com o que foi concretizado até o momento. Para Moreira (2000) qualidade de vida é uma avaliação multidimensional, realizada a partir de critérios intrapessoais e socionormativos, a respeito do sistema pessoa ambiente de um indivíduo, no momento atual, no passado e no futuro, englobando vários fatores diretamente ligados ao indivíduo, como a idade, o gênero e as aptidões funcionais. Perkins (2006) e Li (2003) afirmam também que com o passar do tempo, diminui-se a percepção do estado de saúde.

Entende-se por qualidade de vida a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Trata-se de um amplo conceito de classificação, afetado, de modo complexo, pela saúde física do indivíduo, estado psicológico, relações sociais, nível de independência e pelas suas relações com as características mais relevantes do meio em que vive (CAMPOS et al., 2014).

Minayo *et al.* (2000, p.8) entende a qualidade de vida da seguinte forma:

O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Ainda segundo Minayo *et al.* (2000), a qualidade de vida é uma concepção humana muito importante, que se aproxima ao grau de satisfação compartilhado na vida familiar, amorosa, social e ambiental. Segunda a autora o termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores individuais e coletivos, sendo portanto uma construção social com a marca da relatividade

cultural. Para todas as pessoas o processo do envelhecimento será diferente, pois suas condições de vida, os valores da sociedade, as expectativas de cada indivíduo, mudará com o tempo. Paschoal (2006, p.331) afirma ainda que:

Alguns determinantes são imutáveis como raça, sexo, ambiente social e familiar onde se nasce, enquanto outros são amplamente modificáveis, como hábitos e estilos de vida, maneira de encarar a vida e meio ambiente.

Além disso, para cada pessoa existe uma reação diferente e inúmeras possibilidades de resultado final, dependendo dos determinantes do envelhecimento. Qualidade de vida, portanto, envolve um conjunto de condições que contribuem para o bem-estar físico, mental, social e espiritual. E, de acordo com Valim (2016) qualidade de vida também abrange outras questões como educação, habilitação, saneamento básico e poder de compra. Além disso, para Paschoal (2004) à medida que um indivíduo envelhece, sua qualidade de vida é vigorosamente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência e, portanto, depende do controle das possíveis doenças crônicas já presentes. Para Fleck e Chachamovich (2008) as alterações na quantidade de energia e nos recursos que o indivíduo dispõe pode exigir alterações radicais em atividades de sua rotina. A pessoa correrá o risco de não ter sucesso em sua luta diária se não houver essas alterações e uma nova organização de seu cotidiano, para assim não colocar em risco sua saúde e bem estar.

De acordo com Valim (2016), o bem estar psicológico é um fator que muito auxilia para aumentar a qualidade de vida das pessoas idosas, assim, o mais importante para o bem-estar psicológico são as relações afetivas com amigos e familiares, e é de extrema importância estar satisfeito com a vida apesar das possíveis deficiências provocadas pelo avanço da idade. Em se tratando aos cuidados da saúde física, fazem parte de uma vida saudável a alimentação adequada; a ingestão de muita água; a prática de atividades físicas e a manutenção do sono reparador. Esses fatores são indispensáveis para que a pessoa idosa consiga manter uma boa qualidade de vida.

A literatura aponta muitos benefícios da atividade física para os idosos, e um dos mais importantes é a manutenção da sua qualidade de vida. (POZENA, CUNHA 2009). Dessa forma, espera-se que os idosos mais ativos tenham melhor qualidade de vida, evidenciando a atividade física como fator protetor para um envelhecimento

mais saudável. Sendo assim, esses são fatores fundamentais para que tenhamos uma vida ativa e sadia e uma boa qualidade de vida, não somente na etapa denominada velhice, mas em todas as fases do nosso desenvolvimento.

Considerando todos os benefícios promovidos pela prática de atividade física, Mota *et al.* (2006) mostram que tem sido sugerido que esta seria uma alternativa para melhorar a qualidade de vida dos idosos. Assim, tem sido proposto também que os exercícios físicos podem auxiliar as pessoas a manterem o maior vigor possível, sendo capaz de melhorar a função em diversas atividades e assim, aumentar a qualidade de vida à medida que se envelhece. De acordo com Vagetti *et al.* (2013) a atividade física deve ser estimulada ao longo da vida, para que haja a melhora da qualidade de vida e o aumento da expectativa de vida na pessoa idosa. Sendo assim, um envelhecimento bem sucedido de qualidade de vida e bem-estar deve ser fomentado ao longo dos estados anteriores de desenvolvimento (SOUZA *et al.*, 2003).

2.3 Doenças crônicas

O termo doença crônica vem sendo empregado para designar patologias com um fator em comum: são persistentes e necessitam de cuidados permanentes. Alguns exemplos frequentemente lembrados são as doenças não transmissíveis como hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares, osteoartrose e câncer. Atualmente, entretanto, estamos frente a uma nova realidade, algumas doenças transmissíveis também se enquadram no conceito de doenças crônicas, sendo HIV o e melhor exemplo (QUADRANTE, 2016). Ainda de acordo o último autor, a população mais acometida pelas doenças crônicas são os idosos, pois a incidência de doenças como hipertensão arterial, diabetes, câncer e patologias cardiovasculares aumenta com a idade. Essa elevação parece estar associado a interação entre fatores genéticos predisponentes, alterações fisiológicas do envelhecimento e fatores de risco modificáveis como tabagismo, ingestão alcoólica excessiva, sedentarismo, consumo de alimentos não saudáveis e obesidade.

Chaimowicz (1998) mostra que apesar do processo de envelhecimento não estar, necessariamente, relacionado a doenças e incapacidades, as doenças crônico-degenerativas são frequentemente encontradas entre os idosos, assim, a

tendência atual é termos um número crescente de indivíduos que, apesar de viverem mais, apresentam maiores condições crônicas. Ainda para Chaimowicz (1998) o aumento no número de doenças crônicas está diretamente relacionado com maior capacidade funcional.

Para Schmidt *et al.* (2011) as maiores causas de morte antes dos 70 anos de idade são as doenças cardiovasculares, diabetes, cânceres, doenças neuropsiquiátricas e enfermidades respiratórias crônicas, elas também respondem por grande perda de qualidade de vida, gerando incapacidades e elevado grau de limitação das pessoas doentes. Um estudo epidemiológico realizado com idosos residentes no município de São Paulo entre os anos de 2000 e 2001, mostrou que um elevado índice de entrevistados declarou sofrer de três ou mais doenças. O estudo questionou ainda se o idoso tinha o conhecimento de portar alguma doença crônica. Com (53,3%) a hipertensão arterial foi a mais mencionada, seguida por problemas articulares (31,7%), cardiopatias (19,5%), diabetes (17,9%), osteoporose (14,2%) e tumores malignos (3,3%).

Entre as doenças crônicas com maior incidência entre os idosos e com maiores comprometimentos pode ser citada a hipertensão arterial. Esta é definida, por Quadrante (2006), como uma doença de importância crescente, que se eleva com o envelhecimento. Mais de 50% dos indivíduos entre 60 e 69 anos são afetados, e esse número sobe para 75% entre os idosos de 70 anos ou mais. Segundo Pesquisa Nacional de Saúde, (2013) a hipertensão é uma doença crônica controlável e um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares: 44,4% de pessoas entre 60 e 64 anos mencionaram diagnóstico de hipertensão, 52,7% entre as pessoas de 65 a 74, 55,0% entre as pessoas de 75 anos ou mais. Nessa fase, a hipertensão é uma doença muito prevalente, ainda segundo Pesquisa Nacional de Saúde (2013), tem sido considerada um fator determinante para a morbidade e mortalidade, podendo reduzir significativamente as limitações funcionais e incapacidade nos idosos, se adequadamente controlada. Contudo, não deve ser considerada uma consequência normal do envelhecimento, ainda que seja uma das maiores responsáveis pela redução da qualidade de vida em função de suas consequências negativas. Pessoas hipertensas devem manter um estilo de vida ativo, pois, além de diminuir a pressão arterial, o exercício pode reduzir consideravelmente o risco de doenças crônicas (BRASIL, 2013).

A diabetes é outra doença que acomete muitos idosos. De acordo com Quadrante, (2006) a diabetes é uma doença altamente prevalente, chegando a afetar 150 milhões de pessoas no mundo inteiro, sendo que as estimativas para 2025 é chegar a 300 milhões, resultado do envelhecimento populacional, do sedentarismo, dos maus hábitos alimentares e da obesidade. Ainda de acordo com Cadernos de Atenção Básica (2006), a diabetes é uma doença comum e de incidência crescente de acordo com a idade, apresenta alta morbi-mortalidade, com perda importante na qualidade de vida. Assim, a diabetes pode diminuir significativamente a qualidade de vida do idoso, pois leva à morbidez e é uma das principais causas de mortalidade entre idosos. O tratamento deve focar em manter os níveis glicêmicos mais próximos possíveis do normal, evitando assim complicações crônicas e agudas. Esse tratamento deve incluir, além de muito exercício físico, uma dieta adequada, uso de medicamentos se necessário e deve haver o controle de outras doenças associadas ao diabetes.

Segundo Pesquisa Nacional em Saúde (2013) a osteoporose é definida como uma doença sistêmica progressiva que leva à uma desordem esquelética, caracterizada por força comprometida dos ossos, havendo um aumento de risco de fraturas. É uma doença de grande impacto devido a sua alta prevalência e grande morbimortalidade, e afeta os indivíduos de maior idade, de ambos os sexos, mas, principalmente mulheres na pós-menopausa que também apresentam mais fraturas, assim como a hipertensão, a osteoporose também tem sua prevalência aumentada com a idade. De acordo com Quadrante (2006), a osteoporose é a doença reumática mais comum e a segunda doença que mais causa incapacidade nos idosos, sendo superada apenas pelas doenças cardiovasculares. Segundo a autora, cerca de 30 a 40% das pessoas acima dos 65 anos apresentem sintomas. Se precaver e optar por hábitos mais saudáveis, praticando exercício físico são de extrema importância para a manutenção da densidade mineral óssea e para o consequente tratamento. Além dos efeitos sobre o tecido mineral ósseo, uma prática regular de atividade física contribui para a melhora do equilíbrio, da flexibilidade e da força muscular que, em conjunto diminuem os riscos de queda, minimizando assim os riscos de fratura (BRASIL, 2013).

De acordo com Pesquisa Nacional em Saúde, (2013) a depressão é um distúrbio afetivo caracterizado, principalmente, pela diminuição do humor, redução

de energia e falta de interesse para realizar atividades corriqueiras. A faixa etária com maior proporção é de 60 a 64 anos de idade. A depressão sempre traz impactos negativos na vida dos idosos, pois eles tendem a apresentar maior comprometimento físico, social, e funcional afetando sua qualidade de vida. Por isso deve ser levada a sério e tratada, se isso não acontecer adequadamente, pode trazer prejuízos aos fatores pessoais, sociais e econômicos, devido à perda de produtividade e aumento nas taxas de mortalidade (QUADRANTE, 2016).

Todas as doenças crônicas apresentadas possuem fatores de risco que podem ser divididos em cinco grandes categorias: alcoolismo, tabagismo, estresse, sedentarismo e má alimentação. Esses fatores contribuem para a diminuição da qualidade de vida e também da expectativa de vida (VERAS, 2012). Ainda segundo o mesmo autor, a maioria dessas doenças não tem cura, mas várias podem ser prevenidas por meio de dieta e hábitos saudáveis.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de estudo

O estudo é caracterizado como descritivo de abordagem qualitativa onde, segundo Minayo (2001, p.22): “A abordagem qualitativa preocupa-se, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais”. Foram utilizados dados do projeto de pesquisa ‘Vidas em movimento: efeitos de um programa de aconselhamento de atividade física para usuários em unidades de saúde’ (n.32058) realizada pelo Centro de Estudos de Lazer e Atividade Física do Idoso` do curso de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O acesso à base de dados foi autorizado pela coordenação, sendo que a autora desse trabalho de conclusão de curso participou na coleta de dados.

3.2 População de amostra

Participaram do estudo 28 pessoas, sendo 19 mulheres e 9 homens, com idade igual ou superior aos 60 anos, residentes da comunidade atendidas pelas unidades do Distrito Glória Cruzeiro Cristal (DGCC).

A seleção da amostra foi por acessibilidade e interesse dos idosos que tinham disponibilidade em participar do estudo.

Os critérios de participação foram: a) ser usuário dos serviços de saúde vinculados ao DGCC; b) ter idade igual ou superior aos 60 anos; c) participar de todas as etapas do estudo e ter disponibilidade de tempo. Os critérios de exclusão utilizados foram: a) apresentar algum tipo de limitação física e/ou cognitiva que impossibilitasse a sua participação em alguma etapa do estudo (avaliação, aconselhamento e acompanhamento).

3.3 Instrumentos

Para este estudo, foram utilizados os dados provenientes dos seguintes instrumentos:

a) cartilha do idoso: questionário desenvolvido pela equipe da pesquisa com informações relativas aos dados pessoais e avaliação de saúde. Para este estudo utilizaram-se as questões referentes aos dados sociomográficos, doenças e realização de atividade física (anexo 1);

b) avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde: instrumento *Short Form -12* (SF-12) é um questionário multidimensional, formado por 12 itens, englobados em 8 domínios: capacidade funcional - CF, aspectos físicos - AF, dor - DOR, estado geral da saúde - EGS, vitalidade - VIT, aspectos sociais - AS, aspectos emocionais - AE e saúde mental - SM. Apresenta um escore final de 0 a 100, no qual zero corresponde ao pior estado geral e 100 ao melhor estado de saúde (WARE et al, 1996). Neste estudo utilizou-se especificamente o domínio EGS (anexo 2).

3.4 Tipo de análise

Utilizou-se a análise descritiva com cálculos de frequência e percentual das variáveis estudadas no programa estatístico SPSS 20.0.

3.5 Procedimentos Éticos

Em se tratando de um estudo de base de dados secundárias, os procedimentos éticos são adotados na pesquisa original intitulada 'Vidas em movimento: efeitos de um programa de aconselhamento de atividade física para usuários em unidades de saúde' (n.32058). O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Enfermagem. Foram garantidos aos participantes os direitos de sigilo, voluntariado e desistência de participação na pesquisa. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Quanto aos riscos, caso ocorressem, seriam mínimos, restritos a possível constrangimento com relação às respostas das avaliações. Nesse caso, o participante poderia não responder qualquer pergunta sem prejuízo a sua pessoa. Durante a realização dos testes foram tomadas medidas de precaução para que não ocorresse nenhum tipo de lesão ao participante. Como benefícios da pesquisa, destacaram-se possíveis incrementos na aptidão física e manutenção de hábitos de vida saudáveis.

3.6 Limitações do estudo

A principal limitação do estudo é referente à utilização de dados secundários, pois este tipo de informação não possibilita o controle quanto ao processo de aplicação dos instrumentos, assim como a seleção da amostra. Também é preciso indicar aspectos inerentes à aplicação dos instrumentos, tais como a sinceridade e veracidade das respostas do entrevistado, a motivação no momento da coleta. Sendo assim, as dificuldades durante o processo de coleta foram, o espaço para a aplicação dos testes, que muitas vezes era limitado a uma pequena sala, onde tínhamos que nos adaptar para dar conta da demanda de idosos, e a difícil comunicação diretamente com os idosos, pois quando tínhamos que remarcar algum teste ou quando surgia algum imprevisto, não havia sucesso ao tentar contatá-los pessoalmente, então, nosso recurso foi a unidade de saúde, que passava nossos recados a eles, sendo com cartazes espalhados pela comunidade ou com o contato pessoal feito pelas agentes de saúde.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 28 indivíduos que participaram da pesquisa, 67,9% eram mulheres. A idade que prevaleceu entre os idosos foi de 75% entre 60 e 69 anos. Também foi de 75% a incidência de idosos casados ou com companheiro (a). Quanto a renda, a maioria dos participantes (71,4%) ficou entre a faixa de 1 a 3 SM (Salário Mínimo). E 39,3% dos idosos tem 8 anos ou mais de escolaridade (Tabela 1).

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica dos idosos participantes atendidos em UBS. Porto Alegre, 2016

VARIÁVEL	N	%
SEXO		
Feminino	19	67,9
Masculino	9	32,1
GRUPO DE IDADE		
60-69 anos	21	75,0
70-79 anos	4	14,3
80 anos ou mais	3	10,7
ESTADO CIVIL		
Casado/com companheiro (a)	21	75,0
Divorciado (a)/ separado (a)	3	10,7
Viúvo (a)	4	14,3
RENDA		
Menos de 1 SM	3	10,7
1 a 3 SM	20	71,4
4 a 6 SM	3	10,7
7 a 9 SM	1	3,6
Mais de 10 SM	1	3,6
ESCOLARIDADE		
Nenhuma	1	3,6
1 a 3 anos	7	25,0
4 a 7 anos	9	32,1
8 anos ou mais	11	39,3

Fonte: Dados da pesquisa

O primeiro dado que ressalta nos resultados, é o alto índice de mulheres participantes, corrobora a chamada “feminização da velhice”, pois cada vez mais cresce no Brasil a feminilidade no grupo de idosos. Uma pesquisa realizada em João Pessoa confirmou essa realidade, pois mostrou que entre os idosos, 79,7% eram mulheres. Assim como em um estudo realizado em Fortaleza, sobre a epidemiologia do envelhecimento, onde 66% eram mulheres. De acordo com Lebrão (2005) o maior percentual de mulheres participantes das pesquisas provém da sua maior longevidade, pois, dentre outras causas possuem menor exposição a fatores de riscos, como tabagismo e alcoolismo. Uma outra causa para a maior longevidade das mulheres, pode ser a preocupação com o cuidado, pois mulheres tem mais atitude quando se diz respeito a prevenção e tratamento de doenças. Este último aspecto, também estão relacionado com algumas questões culturais.

Neste estudo, grande parte das idosas relataram ter a renda mensal de 1 a 3 salários mínimos, o que vai em desacordo ao um estudo realizado com idosas de Porto Alegre em 2002, onde mostra que a maioria das mulheres entrevistadas estavam na linha da pobreza, sendo essa linha definida como a saída do mundo do trabalho e a entrada em um mundo de recompensas, aposentadorias ou serviços sociais. Salgado (2002) afirma que quando uma pessoa idosa começa a viver no limite da pobreza tem muito menos possibilidade de escapar dessa situação do que outra de qualquer faixa etária. A pobreza na idade avançada tende a aumentar a dependência produzida por condições físicas e psicológicas. A relação entre dependência, pobreza e velhice adquire maior importância em relação à distribuição de recursos econômicos individuais e a disponibilidade de serviços sociais.

Em relação ao grau de escolaridade dos idosos dessa pesquisa, a maioria está dentro de níveis considerados bons, o que novamente não vai de acordo com a maioria das pesquisas. De acordo com Kinsella (1994), uma grande parte dos idosos são analfabetos, o que é uma realidade nos países em desenvolvimento, como, por exemplo, o Brasil, principalmente quando se trata de idosos que tiveram sua infância em época em que o ensino não era prioridade.

Tabela 2 – Distribuição da presença de doenças crônicas em idosos participantes atendidos em UBS. Porto Alegre, 2016

VARIÁVEL	N	%
ARTRITE		
Sim	6	21,4
Não	22	78,6
ARTROSE		
Sim	11	39,3
Não	17	60,7
DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS		
Não	28	100
DIABETES		
Sim	13	46,4
Não	15	53,6
HIPERTENSÃO		
Sim	19	67,9
Não	9	32,1
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL		
Sim	2	7,1
Não	26	92,9
PARKINSON		
Sim	1	3,6
Não	27	96,4
ALZHEIMER		
Não	28	100
OSTEOPOROSE		
Sim	4	14,3
Não	24	85,7
DEPRESSÃO		
Sim	6	21,4
Não	22	78,6

Fonte: dados da pesquisa

A tabela 2 indica que mais de 50% dos idosos não indicaram a presença das doenças listadas: 78,6% indicou não ter artrite, 60,7% não tem artrose, nenhum idoso é portador de doenças transmissíveis, 53,6% não tem diabetes, 92,9 % não

sofreu acidente vascular cerebral, 96,4% não tem Parkinson, 85,7% não tem osteoporose, 78,6% não apresentam sintomas de depressão. Como já era esperado, mas levantado pelo estudo, 100% dos idosos não apresentam Alzheimer. Em contrapartida, a incidência de uma das principais doenças que acometem os idosos é alta: 67,9% dos idosos tem hipertensão.

Os resultados com hipertensão, nesse estudo, diferem de pesquisa realizada com população idosa brasileira com base na PNDA, onde os resultados foram de 43,9%, e em pesquisa realizada com os idosos residentes no município de Campinas onde o índice foi de 51,8%. Podemos relacionar esse alto índice de hipertensão deste estudo, com a maioria dos sujeitos da pesquisa que eram mulheres, as quais são mais propensas a ter hipertensão arterial.

Tabela 3 – Distribuição da prática de atividade física em idosos participantes atendidos em UBS. Porto Alegre, 2016

VARIÁVEL	N	%
ATIVIDADE FÍSICA		
Prática	16	57,1
Não prática	12	42,9
ATIVIDADE FÍSICA NO PASSADO		
Praticou	17	60,6
Não praticou	11	39,4

A tabela 3 indica quem praticou ou não atividade física, onde 60,3% dos idosos disse ter praticado algum tipo de atividade física no passado. Esse número reduz quando comparado com a prática atual de atividade física dessas pessoas onde 57,1% praticam atualmente. Spirduso (2005) afirma que a realização de atividade física para os idosos é responsável por fortalecer as relações sociais, por trazer autoconfiança e favorecer a manutenção da autonomia, e o que é de maior importância, combater os malefícios causados pelo sedentarismo e é um método prazeroso de cuidar da sua saúde e bem estar. A atividade física proporciona aos idosos uma oportunidade de viver mais independente e ser mais ativo, contribuindo assim para a manutenção da autonomia e melhora na qualidade de vida (SALVADOR et al. 2009). Em um estudo clássico, Paffenbarger et al, (1993)

relacionaram o exercício físico e a mortalidade, onde 14.000 ex-alunos de Harvard foram acompanhados durante 22 anos, onde foi verificado que os indivíduos que pararam de praticar esportes tiveram 35% de aumento no risco de morte, em comparação aos que continuaram ativos. A pesquisa também mostrou que a percentagem de indivíduos acima de 80 anos, foi maior entre idosos mais ativos 69,7% do que nos menos ativos 59,8%.

Tabela 4 - Distribuição sobre a qualidade de vida quanto a percepção geral de saúde de idosos participantes atendidos em UBS. Porto Alegre, 2016

VARIÁVEL	N	%
Saúde excelente	4	14,3
Saúde muito boa	15	53,6
Saúde boa	9	32,1

Fonte: Dados da pesquisa

Pouco mais da metade dos idosos responderam ter uma saúde “ muito boa” 53,6%, já 32,1% alegaram ter uma saúde “boa”, e somente 14,3% marcaram “excelente” como resposta, quando relacionada com a qualidade de vida. Esses resultados mostram que os idosos se mantiveram na faixa considerável boa de percepção da saúde, pois nenhum idoso respondeu ter uma saúde “ruim” ou “muito ruim”. Esse fato pode ser comparado ao que aconteceu em um estudo de abordagem qualitativa realizado no município de Bambuí, em que a maior parte dos entrevistados definiu a sua saúde como “boa” ou “razoável”, mesmo que a maioria apresentasse condições crônicas de saúde que variaram em grau de necessidade. Pois em geral, os idosos atrelam o significado de saúde e de doença à capacidade laboral ou de realização de atividades de lazer, o que pode sugerir uma forte relação entre a percepção positiva ou negativa de saúde às condições de realizar atividades da vida diária e de interação social (FONSECA, 2010). Em contrapartida ao achado dessa pesquisa, Spolito *et al.* (2010) mostrou, em um estudo com 125 idosos superiores a 60 anos, que a percepção negativa pode estar diretamente relacionada à comparação com outros indivíduos, pois se comparar com outras pessoas é fundamental para os idosos construírem e avaliarem a realidade e no enfrentamento de eventos negativos, ainda mais pela capacidade que o sujeito tem de se comparar com pessoas supostamente em piores condições de vida que a sua. É importante

ressaltar que a autopercepção negativa de saúde configura-se em preditor de maior risco de mortalidade em comparação com sujeitos que mantêm uma percepção positiva da saúde. Mas mostra também que o conceito de saúde na velhice é traduzido mais por sua condição de autonomia e independência do que pela presença ou ausência de doença (DESALVO, 2011).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desse estudo demonstram que a qualidade de vida dos idosos atendidos em unidades de saúde é considerada “muito boa” pela sua própria percepção do estado de saúde, tendo relação com o baixo índice da maioria das doenças crônicas relatadas entre eles. A partir desse estudo também pode-se concluir que a prática de atividade física está diretamente ligada a boa qualidade de vida e ao baixo índice de doenças crônicas.

6 REFERÊNCIAS

- BORGES, M.R.D.; MOREIRA, A.K. **Influências da prática de atividades físicas na terceira idade: estudo comparativo dos níveis de autonomia para o desempenho nas AVDs e AIVDs entre idosos ativos fisicamente e idosos sedentários.** Motriz, v. 15 n. 3, p.562-573, 2009.
- BUCH FILHO, J.G; BAGNARA, IC. Metodologia da atividade física na terceira idade. **Revista Digital. Buenos Aires**, ano 16, n. 155, Abril de 2011 disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/viewFile/672/549> acesso em: 17-11-2016
- CABRERA MAS, Jacob Filho W. **Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e comorbidades.** Arq Bras Endocrinol Metab. 2001;45(5):494-501.
- CARVALHO FILHO, T.; PAPALEO NETTO, M. **Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.
- CHAIMOWICZ, Flávio. **Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade.** Belo Horizonte: Postgraduate,1998. P 17-92
- COELHO Filho JM, RAMOS LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev Saúde Pública = J Public Health.** 1999;33(5):445-53.
- DESALVO KB, MUNTER P. ***Discordance between physician and patient self-rated health and all-cause mortality.*** Ochsner J 2011; 11: 232-40.
- FLECK, Marcelo Pio de Almeida. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, M. P. A (Org.). **A avaliação da Qualidade de Vida: guia para profissionais da saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2008.
- FONSECA M GUP, FIRMO JOA, LOYOLA Filho, AI; Uchôa, E. Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. **Rev Saúde Pública** 2010; 44: 159-65.
- FRANCHI, K.M.B.; MONTENEGRO JUNIOR, R.M. Atividade física: uma necessidade para a boa saúde na terceira idade. **RBPS**, v. 18, n. 3, p. 152-156, 2005.
- GOBBO, D.E. A dança de salão como qualidade de vida para a terceira idade. **Revista Eletrônica de Educação Física**, UniAndrade, Curitiba, v.2, n.1, 2005.acesso em 11-
- GUCCIONE, Andrew A. **Fisioterapia geriátrica.** Tradução de José Eduardo Ferreira de Figueiredo e Marcelo Alves Chagas. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

GUIMARÃES, E.C.; DUARTE, N.M.F.; DIAS, V.B. Análise dos riscos coronarianos por meio da relação cintura-quadril e concordância com o índice de massa corporal em idosas. **Revista Digital. Buenos Aires**, v. 15, n. 153, 2011.

JACOB FILHO, Wilson. Atividade física e envelhecimento saudável. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte: XI Congresso Ciências do Desporto e Educação Física dos países de língua portuguesa**, São Paulo, p.73-77, set. 2006. Faculdade de Medicina.

KINSSELA K. **Dimensiones demográficas y de salud en América Latina y el Caribe**. In: Anzola PE, Galinski D, Morales MF, Salas AR, Sanches AM. *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Washington: OPAS/OMS; 1994. p. 3-18.

KLEINPAUL, J.F. et al. Exercício físico: mais saúde para o idoso. Uma revisão. **Revista Digital. Buenos Aires**, v. 13, n. 123, 2008.

LAMBERTUCCI, R.H.; PITHON-CURI, T.C. Alterações do Sistema Neuromuscular com o Envelhecimento e a Atividade Física. **Saúde Revista**, v. 7, n. 17, p. 53-56, 2005.

LARA, P.C. et al. Perfil de la enfermedad coronaria del pacs - Canoinhas/ Santa Catarina en la práctica de la actividad física y calidad de vida. In. XIII Congreso Internacional de Actividad Física y Ciencias del Deporte. Escuela de Deportes Campus Mexicali, 2011.

LEBRÃO ML, LAURENTI R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol**. 2005;8(2):127-41.

MINAYO, M. C. de S. (Org.) et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2001

MIRANDA, M.L.J.; GODELI, M.R.C.S. Música, atividade física e bem-estar psicológico em idosos. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 11, n. 4, 2003.

MOREIRA, M.M.S. **Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento**. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Fundação Osvaldo Cruz; 2000.

MOTA J et al. **Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física**. Ver Bras Edc Fís Esp 2006; 20(3): 219-225

NOBREGA, A.C.L. et al. Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: Atividade Física e Saúde no Idoso. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 5, n. 6, 1999.

- OMS The Whoqol Group. **The World Health Organization quality of life assessment WHOQOL: position paper from the World Health Organization**. Soc Sci Med 1995
- PAFFENBRAGER RS Jr, BLAIR SN, LEE IM, HYDE RT. **Measurement of physical activity to assess health effects in free-living populations**. Med Sci Sports Exerc 1993;25(1) 60-70
- PASCHOAL S M P. **Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico**. Tese (Doutorado)- São Paulo: USP; 2004.
- POZENA R, CUNHA NFS. **Projeto “construindo um futuro saudável através da prática da atividade física diária”**. Saúde Soc. 2009 Jna-Mar; 18(supl.I):52-6.
- RAMOS LR. **Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso**, São Paulo. Cad Saude Publica 2003; 19: 793-8. 14.
- REBELATTO, José Rubens et al. **Influência de um programa de atividade física de longa duração sobre a força muscular manual e a flexibilidade corporal de mulheres idosas**. Revista Brasileira de Fisioterapia. São Carlos, v. 10, n. 1, p. 127-132, jan./fev. 2006.
- SANTOS, Patrícia L.; FORONI, Priscila M.; CHAVES, Maria C. F. **Atividades físicas e de lazer e seu impacto sobre a cognição no envelhecimento**. Medicina, Ribeirão Preto, v. 42, n. 1, p. 54-60, 2009.
- SHEPHARD, R. J. **Envelhecimento, Atividade Física e Saúde**. São Paulo: Phorte, 2003
- SPOLITO G *et al*. **Relações entre o bem-estar subjetivo e a funcionalidade em idosos em seguimento ambulatorial**. Rev Bras Fisioter 2010; 14: 81-9.
- VAGETTI *et al*. **Condições de saúde e variáveis sociodemográficas associadas à qualidade de vida em idosas de um programa de atividade física de Curitiba, Paraná, Sul do Brasil**. Cad Saúde Pública 2013 Mai; 29(5):955-69.
- VALIM V F, **Reflexões sobre a velhice e qualidade de vida**. Rev Portal da Divulgação n 47, 2015-2016 Disponível www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova.
- VANDERVOORT, A. A. **Alterações biológicas e fisiológicas**. IN: PICKLES, et al. Fisioterapia na terceira idade. São Paulo: Santos, 2000.
- VERAS R P. **Gerenciamento de doença crônica : equívoco para o grupo etário dos idosos**. Rev Saúde Pública 2012; 46 (6): 929-34
- VIERTUOSO Júnior JS, GUERRA RO. **Fatores associados às limitações funcionais em idosas de baixa renda**. Rev Assoc Med Bras 2008; 54: 430-5.

7 ANEXOS

Anexo 1

Cartilha do Idoso

The cover of the 'Cartilha do Idoso' (Elderly Handbook) is a vibrant collage of images showing elderly individuals engaged in various activities such as walking, dancing, and socializing. The central focus is a white box with the title 'Vidas em Movimento' (Lives in Motion) in a bold, black font. To the right of the title, the word 'CARTILHA DO IDOSO' is written vertically in large, bold, black letters. The background is a mix of yellow and white, with repeating text patterns like 'VIDAS EM MOVIMENTO' and 'CARTILHA DO IDOSO' scattered throughout. At the bottom, there are logos for several organizations: PROEXT, UFRGS, ESEFID, PORTO ALEGRE, and PROJETO CELARI.

1. DADOS PESSOAIS	
Nome _____	
Unidade de Saúde _____	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Data de Nascimento: ____/____/____
Qual o seu município e país de nascimento? _____	Nacionalidade: <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Naturalizado <input type="checkbox"/> Estrangeiro
Qual a sua raça/ cor? <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Não declarada
Mora com quem? (pode marcar mais de uma opção) <input type="checkbox"/> Mora Sozinho <input type="checkbox"/> Cônjuge (marido/esposa) <input type="checkbox"/> Filho (s) <input type="checkbox"/> Neto (s) <input type="checkbox"/> Irmã (s) / Irmão (s) <input type="checkbox"/> Outros. Quem? _____	
Qual a sua situação conjugal? <input type="checkbox"/> Solteiro (a) <input type="checkbox"/> Casado / com companheiro (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a)/ Separado (a) <input type="checkbox"/> Viúvo (a) <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____	

<p>Qual a sua ocupação?</p> <input type="checkbox"/> Está aposentado <input type="checkbox"/> Trabalha, mas é aposentado <input type="checkbox"/> Trabalha e não é aposentado <input type="checkbox"/> Trabalhou e não se aposentou <input type="checkbox"/> Nunca trabalhou
<p>Qual a sua profissão?</p> <hr/>
<p>Qual a sua renda familiar?</p> <input type="checkbox"/> Menos de 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> 1 a 3 salários mínimo <input type="checkbox"/> 4 a 6 salários mínimos <input type="checkbox"/> 7 a 9 salários mínimos <input type="checkbox"/> mais de 10 salários mínimos
<p>Sabe ler e escrever?</p> <input type="checkbox"/> Só sei ler <input type="checkbox"/> Só sei escrever <input type="checkbox"/> Sei ler e escrever <input type="checkbox"/> Não sei ler e nem escrever
<p>Qual a sua escolaridade?</p> <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> de 1 a 3 anos <input type="checkbox"/> de 4 a 7 anos <input type="checkbox"/> 8 anos ou mais
<p>Contato:</p> <hr/>

02

2. AVALIAÇÃO DE SAÚDE

2.1 Condições de Saúde

Problemas de Saúde	
Alzheimer	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Artrite	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Artrose	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Acidente Vascular Cerebral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Depressão	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Diabetes	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Doenças Transmissíveis	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Hipertensão	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Parkinson	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Outras	<hr/>

Histórico de Cirurgias
Já realizou cirurgia? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Quantas? _____
Quando e qual foi a sua última cirurgia? _____
Tem algum membro amputado?
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____

03

Uso de Próteses	
Tem algum tipo de prótese?	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Prótese de Joelho <input type="checkbox"/> Prótese de Quadril <input type="checkbox"/> Pinos / Parafusos / Placa de platina <input type="checkbox"/> Outros _____	
Usa aparelho auditivo? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Usa prótese dentária?	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, a prótese superior <input type="checkbox"/> Sim, a prótese inferior	
Auxílios	
Usa óculos? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Usa algum recurso para caminhar?	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Bengala <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Muleta <input type="checkbox"/> Cadeira de Rodas	
Quedas	
Teve alguma queda nos últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Qual foi o local da queda?	
<input type="checkbox"/> Dentro de casa <input type="checkbox"/> Fora de casa Quantidade? _____	

04

A queda causou alguma fratura?	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Onde? _____	
Atividade Física	
Pratica algum tipo de atividade física?	
<input type="checkbox"/> Não Por que não? _____ <input type="checkbox"/> Sim Qual? _____	
No passado realizou alguma atividade física regular?	
<input type="checkbox"/> Não Por que não? _____ <input type="checkbox"/> Sim Qual? _____	
Tempo Livre	
O que faz no seu tempo livre?	
_____ _____ _____	
Frequenta grupos de convivência ou clube?	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Realiza algum trabalho voluntário?	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Onde? _____	
<i>«Mantenha-se ativo! Isso fará que você tenha uma boa qualidade de vida e satisfação pessoal!»</i>	
Vidas em Movimento	

05

Anexo 2

SF-12

Short Form -12 (SF-12) Avaliação da Qualidade de Vida

1. Em geral você diria que sua saúde é:

EXCELENTE	MUITO BOA	BOA	RUIM	MUITO RUIM
1	2	3	4	5

Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido sua saúde, você teria dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

Atividades	Sim. Dificulta muito.	Sim. Dificulta um pouco.	Não. Não dificulta de modo algum
2. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
3. Subir vários lances de escada.	1	2	3

Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

4. Realizou menos tarefas do que gostaria?	Sim	Não
5. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	Sim	Não

Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

6.Realizou menos tarefas do que gostaria?	Sim	Não
7.Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	Sim	Não

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

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas quatro semanas. Para cada questão, por favor de uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente em relação as últimas quatro semanas.

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
9.Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
10.Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
11.Quanto tempo você tem se sentido desanimado e batido?	1	2	3	4	5	6

12.Durante as últimas quatro semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5