

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA
CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

SONALLE DE OLIVEIRA BARROS NÓBREGA

**SAÚDE DO IDOSO: ANÁLISE DE ASPECTOS BIO-PSICO-FÍSICO E SOCIAIS DE
IDOSOS CADASTRADOS NOS POSTOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF).**

**JOÃO PESSOA – PB
2007**

SONALLE DE OLIVEIRA BARROS NÓBREGA

**SAÚDE DO IDOSO: ANÁLISE DE ASPECTOS BIO-PSICO-FÍSICO E SOCIAIS DE
IDOSOS CADASTRADOS NOS POSTOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF).**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Educação Física do Centro de
Ciências da Saúde da Universidade Federal
da Paraíba como requisito parcial para a
obtenção do grau de Licenciatura.

Prof. Dr. Maria do Socorro Cirilo de Sousa
Orientadora

**JOÃO PESSOA – PB
2007**

SONALLE DE OLIVEIRA BARROS NÓBREGA

**SAÚDE DO IDOSO: ANÁLISE DE ASPECTOS BIO-PSICO-FÍSICO E SOCIAIS DE
IDOSOS CADASTRADOS NOS POSTOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF).**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Educação Física do Centro de
Ciências da Saúde da Universidade Federal
da Paraíba como requisito parcial para a
obtenção do grau de Licenciatura.

Aprovada em ____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA:

Orientadora - Prof. Dr. Maria do Socorro Cirilo de Sousa
(UFPB)

Membro – Prof.
(UFPB)

Membro - Prof.
(UFPB)

JOÃO PESSOA – PB
2007

DEDICATÓRIA

Dedico aos meus pais, Edgar Barros e Solange de Oliveira Barros, pela educação que me passaram a qual me fez ter maturidade para saber aproveitar todas as oportunidades em minha vida. Dedico com todo o meu amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço antes de qualquer coisa a Deus, por ter me guiado em todos os momentos de minha vida e durante a construção deste trabalho;

A Prof^a. Dr^a. Maria do Socorro Cirilo de Sousa, pela orientação e por ter acreditado em mim, criando todas as oportunidades que estavam ao seu alcance para meu crescimento pessoal e profissional.

Ao meu esposo pela compreensão e ajuda transmitida no decorrer de todo o curso, as quais me ajudaram a chegar até aqui.

Ao meu irmão Edgar Ildson de Oliveira Barros pelo carinho transmitido nos momentos que precisei.

Aos meus familiares que gratuitamente intercederam pelo meu crescimento pessoal.

Aos amigos, em especial Péricles Paes Barreto pela ajuda oferecida em momentos difíceis no período da construção deste trabalho.

RESUMO

Introdução: Nas últimas décadas tem-se observado o aumento da longevidade da população. **Objetivo:** Analisar os aspectos bio-psico-físico e sociais indicadores de níveis de saúde no período do envelhecimento. **Metodologia:** decorre de um estudo, transversal, caso-controle com 30 idosos, média de $73,3 \pm 1,17$ anos pacientes do PSF da cidade de João Pessoa, Unidade de Mangabeira (n=5). 3 de Maio (n=20), Castelo Branco (n=5), ambos os gêneros, voluntários selecionados aleatoriamente, conforme cadastro, que se submeteram ao preenchimento de questionários propostos em Matsudo (2003), sobre anamnese, auto-percepção de bem estar, capacidade funcional e níveis de atividades físicas habituais (NAF's). Utilizou-se o SPSS 13,0 para estatística descritiva de média, desvio padrão, frequência relativa e acumulada. **Resultados:** Verificou-se que 50% possui a PAS de 120mmHg e 62,5 % PAD de 80 mmHg; quanto à profissão 56,7% são aposentados; 96,7% paraibanos; 33,3% 2º grau completo; 76,7% não fumam; 73,3% não bebem; 53,3% fizeram cirurgia; 76,6% tiveram e tem doenças na família; 100% se alimentam em casa; quanto à capacidade física percebida 30% tem reflexos excelentes; 20% não são ágeis, 36% dizem que o físico é bastante forte; quanto à auto-percepção e bem estar 56,7% não sentem medo de ficar sozinho, mas, sentem sempre medo de ter fraturas e não sentem solidão; 53,3% medo de cair; quanto à imagem corporal dos idosos 20% tem a aparência de 01 e 04; 30% gostariam de ter a aparência de 03; 23,3% tinham a aparência de 01; quanto à auto-avaliação da capacidade funcional pelas atividades de vida diária (AVD'S) 93,3% tomam conta das necessidades pessoais; 83,3% caminham fora de casa sem ajuda e fazem atividades domésticas leves como cozinhar, lavar pratos, varrer ou andar de um lado para o outro da casa. **Conclusões:** Os idosos são independentes fisicamente e na maioria não conseguem subir ou descer escadas ou marchar, mas fazem compras no supermercado ou shopping sem ajuda e informaram que podem levantar e carregar 5 kg, caminhar 6-7 quarteirões, comem e bebem, lavam o rosto e as mãos, vão ao banheiro, levantam da cadeira, movimentam-se fora da casa em terreno plano, vestem-se e tomam banho sem ajuda e sem dificuldade, assim como entram e saem da cama sem ajuda, bem como não costumam lavar e passar roupa, não realizam com ajuda ou dependem de outras pessoas para cuidar das unhas dos pés, mas realizam sem ajuda e sem dificuldade atividades leves de limpeza da casa e conseguem preparar as refeições, a cama, sem ajuda e com dificuldade, assim como fazem compras, porém realizam com ajuda ou dependem de outras pessoas, atividades pesadas; não há níveis elevados de depressão, estão satisfeitos com a sua vida, interessados, animados, meio inquietos e nervosos, preocupados em viver, são inativos fisicamente.

Palavra-chave: idosos, saúde, gerontologia, exercício

ABSTRACT

Introduction: In the last few decades the increase of the longevity of the population has been observed. Objective: To analyze the aspects bio-psico-physicist and social pointers of levels of health in the period of the aging. **Methodology:** it elapses of a study, transversal line, case-control with 30 aged, average of patient 73,3+1,17anos of the PSF of the city of João Person, Unit of Mangabeira (n=5), 13 of May (n=20), Castello Branco (n=5), both the sorts, selected volunteers randomly, as I register in cadastre, that they had been submitted to the fulfilling of questionnaires considered in Matsudo (2003), on anamnesis, welfare auto-perception, functional capacity and levels of habitual physical activities (NAF' s). One used SPSS 13,0 for descriptive statistics of average, shunting line standard, relative and accumulated frequency. **Results:** It was verified that 50% possess the SBP of 120mmHg and 80 62.5% DBP of mmHg; how much to profession 56.7% they are pensioners; 96.7% paraibanos; 33.3% 2o complete degree; 76.7% do not smoke; 73.3% do not drink; 53.3% had made surgery; 76.6% had had and have illnesses in the family; 100% if they feed in house; how much to the physical capacity perceived 30% it has excellent consequences; 20% are not agile, 36% say that the physicist is sufficiently strong; how much to the auto-perception and welfare 56.7% they do not feel fear to be alone, but, they always feel fear to have breakings and they do not feel solitude; 53.3% fear to fall; how much to the corporal image of aged 20% it has the appearance of 01 and 04; 30% would like to have the appearance of 03; 23.3% had the appearance of 01; how much to the auto-evaluation of the functional capacity for the activities of daily life (CAD' S) 93.3% they take account of the personal necessities; 83.3% walk outside of house without aid and make light domestic activities as to cook, to wash plates, to sweep or to walk of a side for the other of the house. **Conclusions:** The aged ones are independent physically and in the majority they do not obtain to go up or to go down stairs or to march, but they make purchases in the supermarket or shopping without 5 aid and had informed that they can raise and to load kg, to walk 6-7 blocks, eat and drink, they wash the face and the hands, go to the bathroom, raise of the chair, are put into motion outside of the house in plain land, are dressed and taken bath without aid and difficulty, as well as enter and leave the bed without aid, as well as do not costumam to wash and to pass clothes, do not carry through with aid or depend on other people to take care of of the nails of the feet, but they carry through without aid and difficulty light activities of cleanness of the house and they obtain to prepare the meals, the bed, without aid and with difficulty, as well as make purchases, however they carry through with aid or they depend on other people, heavy activities; it does not have high levels of depression, are satisfied with its life, interested parties, livened up, half uneasy and nervous, worried in living, they are inactive physically.

Word-key: aged, health, gerontologY, exercise

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 –Variação de pressão arterial.....	27
QUADRO 2 –Demonstrativo de equipamentos unidade e medidas.....	34

LISTA DE TABELAS

	PAG
TABELA 01: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DE PERCENTUAL VÁLIDO E ACUMULADO DA CAPACIDADE FÍSICA PERCEBIDA QUESTÕES DE 1 A 5 (N=30)	39
TABELA 02: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DE PERCENTUAL VÁLIDO E ACUMULADO DA CAPACIDADE FÍSICA PERCEBIDA QUESTÕES DE 6 A 9 (N=30)	40
TABELA 03: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DE PERCENTUAL VÁLIDO E ACUMULADO DA AUTO-PERCEPÇÃO E BEM ESTAR QUESTÕES 1 A 7 (N=30)	42
TABELA 04: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DE PERCENTUAL VÁLIDO E ACUMULADO DA AUTO-PERCEPÇÃO E BEM ESTAR QUESTÕES 8 A 15 (N=30)	43
TABELA 05: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DE PERCENTUAL VÁLIDO E ACUMULADO DA AUTO-PERCEPÇÃO E BEM ESTAR QUESTÕES 16 A 24 (N=30)	44
TABELA 06: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DE PERCENTUAL VÁLIDO E ACUMULADO DA AUTO-PERCEPÇÃO E BEM ESTAR QUESTÕES 25 A 29 (N=30)	45
TABELA 07: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DE PERCENTUAL VÁLIDO E ACUMULADO DA IMAGEM CORPORAL PERCEBIDA (N=30)	46
TABELA 08: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DE PERCENTUAL VÁLIDO E ACUMULADO DA AUTO-AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA QUESTÕES DE 1 A 7 (N=30)	48
TABELA 09: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DE PERCENTUAL VÁLIDO E ACUMULADO DA AUTO-AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA QUESTÕES DE 8 A 12 (N=30)	49
TABELA 10: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DE PERCENTUAL VÁLIDO E ACUMULADO DA AUTO-AVALIAÇÃO AUTO AVALIAÇÃO E CAPACIDADE FUNCIONAL QUESTÕES DE 1 A 11 (N=30)	51
TABELA 11: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DE PERCENTUAL VÁLIDO E ACUMULADO DA AUTO-AVALIAÇÃO AUTO AVALIAÇÃO E	52

CAPACIDADE FUNCIONAL QUESTÕES DE 12 A 18 (N=30)

TABELA 12: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DE PERCENTUAL VÁLIDO E ACUMULADO DA ESCALA DE DEPRESSÃO QUESTÕES DE 1 A 8 (N=30) 55

TABELA 13: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DE PERCENTUAL VÁLIDO E ACUMULADO DA ESCALA DE DEPRESSÃO QUESTÕES DE 9 A 16(N=30) 56

TABELA 14: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DE PERCENTUAL VÁLIDO E ACUMULADO DA ESCALA DE DEPRESSÃO QUESTÕES DE 19 A 25 (N=30) 57

TABELA 15: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DE PERCENTUAL VÁLIDO E ACUMULADO DA ESCALA DE DEPRESSÃO QUESTÕES DE 26 A 31 (N=30) 58

TABELA 16: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DE PERCENTUAL VÁLIDO E ACUMULADO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA (N=30) 59

SUMÁRIO

	PÁG.
1. INTRODUÇÃO	11
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO	18
1.2 QUESTÕES INVESTIGADAS	
1.3 OBJETIVOS	18
OBJETIVO GERAL	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
2. REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	20
2.2 ENVELHECIMENTO E ASPECTOS FISIOLÓGICOS	20
2.3 DEPRESSÃO EM IDOSOS	21
2.4 DIABETES MELLITUS	23
2.5 OSTEOPOROSE	24
2.6 HIPERTENSÃO	26
2.7 DO DECLÍNIO À DISFUNÇÃO SEXUAL	28
2.8 PROBLEMAS CARDÍACOS	30
2.9 ATIVIDADE FÍSICA E ENVELHECIMENTO	31
3. METODOLOGIA	34
3.1 CARACTERÍSTICA DA PESQUISA	34
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	34
3.3 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS E VARIÁVEIS SELECIONADAS	34
3.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	35
3.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	35
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
5. CONCLUSÕES	60
6. REFERÊNCIAS	62
7. ANEXOS	65

LISTA DE ANEXOS

	PÁG
ANEXO 01: TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE), DO CONSELHO NACIONAL DA SAÚDE –RESOLUÇÃO 196/96	66
ANEXO 02: QUESTIONÁRIO SOBRE HÁBITOS DE VIDA, HISTÓRICO FAMILIAR DE DOENÇAS, A ANAMNESE CLÍNICA SOBRE PATOLOGIAS EXISTENTES	67
ANEXO 03: CAPACIDADE FÍSICA PERCEBIDA	68
ANEXO 04: AUTO-PERCEPÇÃO E BEM ESTAR	69
ANEXO 05: IMAGEM CORPORAL	70
ANEXO 06: AUTO-AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVD'S)	71
ANEXO 07: ESCALA DE DEPRESSÃO	72
ANEXO 08: NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA	73

1.INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO

Nas últimas décadas tem-se observado o aumento da longevidade da população. O envelhecimento populacional é um fenômeno que acontece graças aos avanços da tecnologia de saúde e às baixas taxas de natalidade. No continente Europeu, uma em cada três pessoas, no ano 2050, terá mais de 60 anos (ONU, 2002). Provavelmente, as pesquisas no âmbito da saúde para o controle e tratamento de doenças desenvolvidas crônico degenerativas, também foi um fator que contribuiu para aumento da longevidade.

Na medida em que a idade cronológica é aumentada o indivíduo, naturalmente, tende a se tornar menos ativo, suas capacidades físicas são reduzidas e com isso alterações psicológicas (sentimento de velhice, estresse e depressão), a convivência e as limitações sociais, se evidenciam. *As perdas de reservas fisiológicas contribuem mais diretamente com a fragilidade física, são as da capacidade aeróbia, resistência cardiovascular, força, resistência motora/esquelética e integridade neural* (SANDOR; BALSAMO, 2005).

A saúde na terceira idade depende, sobretudo, dos cuidados no passado. De acordo com os DEC's (2007), a saúde do idoso refere-se à saúde e bem-estar das pessoas de idade avançada e à prestação de cuidados de saúde adaptados aos problemas especiais dessas pessoas. Na população brasileira, as estimativas indicam que os idosos (acima de 60 anos) representavam 4% em 1940, em 2000 representavam aproximadamente 8,6% e, para os próximos 20 anos, chegará a representar 13% a 15% da população e tem sua média de idade em torno dos 73 anos, tanto para homens quanto para mulheres (IBGE, 2000). O segmento com mais

de 80 anos aumentou de um número absoluto de 170 mil para 1,8 milhões no mesmo período. Processo que traz mudanças expressivas no curso da vida das pessoas, redefinindo relações de gênero, arranjos e responsabilidades familiares e alterando o perfil e as demandas por políticas públicas, o crescimento da população de idosos é mais acentuado nos países em desenvolvimento.

De acordo com a divulgação da organização mundial da saúde (OMS), no ano de 1997, a idade adulta é classificada em: *Indivíduos entre 45-59 anos são chamados "Meia idade", entre 60-74 anos são "idosos", entre 75-90 anos são "velhos", indivíduos acima de 90 anos são "muito velhos"*. Já Gomes (2001) diz que as classificações são, *meia idade – período entre 40 e 60 anos. Já a velhice: Idoso jovem- dos 60 aos 75 anos, idoso médio- dos 75 aos 85 anos, idoso velho- acima de 85 anos*. Já Meinel (1984), *Primeira idade adulta- mais ou menos 18-20 a 30 anos, segunda idade adulta- mais ou menos 30 a 45-50 anos, terceira idade adulta- mais ou menos 45-50 a 60-70, quarta idade adulta, a partir de mais ou menos 60-70 anos*.

É importante salientar que essas classificações acima citadas são de cunho cronológico, que tem certa importância, em termos de referência numérica, levando em consideração o fator idade, porém, não determina a condição de melhor estado físico de cada pessoa, no entanto, a importância maior não é o passar do tempo, mas a qualidade do tempo vivido, tornando o idoso mais ou menos ativo. Portanto, a verdadeira situação de cada ser se deve da junção cronológica, biológica, psicológica e funcional.

Os indivíduos nessa fase da vida ficam mais vulneráveis a doenças crônicas degenerativas não transmissíveis (DCDNT) e a partir de uma determinada idade, os indivíduos entram em um processo de modificações como as que acometem o sistema cardiovascular (SCV), ósseo, e hormonais. Rego e cols. (1990), observaram

entre adultos de 15 a 59 anos do município de São Paulo uma prevalência de sedentarismo de 57,3% para homens e 80,2% para mulheres. Informações do Ministério da Saúde indicam que a população de 15 a 64 anos em Porto Alegre, possui prevalência de sedentarismo em 36% de homens e 57% de mulheres. Em idosos, no município de São Paulo, na década de 1990, a prevalência de inatividade era de 38,6% e atividade física irregular era de 57,6%.

O sedentarismo e os baixos níveis de atividade física passaram a ser considerados, no ano de 1996, um dos quatro principais fatores de risco de aterosclerose e doença isquêmica coronária a mais importante e a principal causa de morte na idade adulta. Além disso, constitui fator independente para o aparecimento de uma série de doenças degenerativas (RAHAL; SGUZZATTO, 2005). Aprofundar o conhecimento sobre as principais causas de mortalidade no país e suas tendências é fundamental para uma correta compreensão da nossa realidade sanitária, inclusive com uma melhor identificação dos grupos populacionais que se encontram sob maior risco e para a avaliação de programas de intervenção. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Com o aumento da expectativa de vida, cada vez um maior número de indivíduos vive por mais tempo na chamada terceira idade. Em função disso, torna-se cada vez mais relevante o estudo das alterações fisiológicas e psicossociais que ocorrem a partir da menopausa e da andropausa, que ocorrerão por volta dos cinquenta anos de idade. Com base em tais aspectos inerentes a senescência e, sabendo que formas indiretas de verificar condições funcionais relacionadas com os aspectos físicos e de autonomia para realização de atividades da vida diária (AVD's), pode ser um recurso de simples aplicabilidade, que facilita a implementação de estratégias capazes de melhorar a qualidade de vida do indivíduo

idoso, espera-se com esse estudo gerar parâmetros de capacidade funcional que possa permear os programas físicos que associados ao medicamento, permita uma política multiprofissional que provoca um impacto expressivo na melhoria dos níveis de saúde nesta fase da vida.

Nesta perspectiva, observa-se o exercício físico como um dos meios de intervenção mais adequados e eficientes quando assunto é melhorar os níveis de saúde e Qualidade de Vida, principalmente por permitir que todos os sistemas orgânicos quebrem homeostasia. Porém, para que este seja completamente inserido nos hábitos positivos é importante obter informações por meio da aplicação de testes de aptidão física juntamente com informações clínicas, que devem ser balizadas pelos profissionais de saúde, educadores físicos e médicos nas resoluções de problemas específicos e objetivando resultados que possam ser comparados aos dados normativos, provocando assim um *feedback* imediato pela busca de soluções e melhorias, principalmente para a autonomia nos movimentos.

Segundo Campos (2000) a capacidade funcional e o nível de condicionamento são necessários para uma pessoa cuidar sozinha das necessidades domésticas, sociais, e da vida diária, bem como manter-se independente em casa. A melhoria os componentes do condicionamento funcional (força muscular, potencia, resistência, flexibilidade e amplitude de movimento), separadamente ou em combinação, são de extrema importância para manter o desempenho de atividades diárias. Estudos científicos enfatizam cada vez mais a necessidade de que a atividade física seja parte fundamental dos programas mundiais de promoção à saúde. Não se pode pensar hoje em dia em prevenir ou minimizar doenças sem que, além das medidas gerais da saúde, se inclua a atividade física (BARBANTI, 1990).

Neste contexto, os programas de promoção da atividade física na comunidade têm crescido em popularidade nos últimos anos. Considerando as novas propostas internacionais de atividade física como forma de promover saúde na população, surgiu o "Programa Agita São Paulo", que tem como objetivo aumentar o nível de conhecimento da população sobre os benefícios da atividade física e aumentar o nível de atividade física da população do estado de São Paulo (MATSUDO; MATSUDO, 2000). Compreende-se que programas desta natureza demandam da interação multiprofissional para o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde por meio do exercício físico. Profissionais de Educação Física, Enfermagem, Medicina, Nutrição, Fisioterapia, e outros, são imprescindíveis numa iniciativa desta natureza.

Um dos locais que atualmente tem sido um agente efetivo no controle e acompanhamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é o Programa de Saúde da Família (PSF), a Atenção Primária, que em João Pessoa detém de cinco distritos com 180 unidades, que funcionam com equipe multidisciplinar e acadêmicos dos cursos de saúde das Instituições de Ensino Superior. As equipes de Saúde da Família apresentam, quase sempre, em sua composição 02 médicos, 02 enfermeiros, 02 auxiliares de enfermagem, 01 dentista, 01 auxiliar de consultório dentário, 02 agentes administrativos, 02 auxiliares de serviços gerais, e 08 agentes comunitários de saúde.

O cronograma de atividades desenvolvidas pela equipe da Saúde da Família oferece de forma didática uma distribuição dos dias de trabalho, com atendimento a pacientes com patologias crônicas (hipertensão, diabetes, doença periférica obstrutiva crônica (DPOC), doença arterial obstrutiva de membros inferiores (DAOMI), asma e outros); cuidados relacionados à saúde da mulher

incluindo atividades de planejamento familiar, assistência ao pré-natal e puerpério; atividades relacionadas à saúde das crianças com doenças agudas, crônicas ou aos cuidados direcionados a puericultura (crescimento, desenvolvimento, aleitamento, alimentação saudável), atividades educativas (palestras e grupos), assistência bucal, vacinação e um programa de assistência domiciliar.

O monitoramento destas atividades é realizado mensalmente na Unidade de Saúde entre os membros das equipes e também junto à coordenação do PSF na Secretaria de Saúde, onde regularmente são discutidas as limitações para execução das atividades previstas. Neste sentido, o interesse por desenvolver estudo nessa área surgiu pela necessidade de planejamento e a definição de prioridades na área de saúde por meio do exercício com base no perfil epidemiológico da população, pois a atividade física tem como objetivo a manutenção ou recuperação da saúde, sociabilização e lazer, tornando-se de extrema importância na qualidade de vida da população e apresentando grande importância na promoção de saúde.

O exercício físico, por sua vez, é uma atividade física planejada, estruturada, repetitiva, que tem por objetivo melhorar e manter um ou mais componentes da forma física. Desta forma, a atividade física deve aumentar a reserva funcional, compensar limitações, evitar ou postergar manifestações das doenças, controlar doenças existentes, promover mudanças de hábitos, prevenir traumas e acidentes, incentivar a cidadania e a inserção social. Nesse sentido, a utilização dos espaços públicos para a prática do exercício físico tem sido cada vez mais utilizada na busca por melhores níveis de saúde. Entretanto, estes usuários não são orientados para esta prática, o que pode ocorrer na exposição às lesões, que vão desde as cardíacas até as músculo-esqueléticas.

Por estes aspectos, locais públicos têm absorvido um contingente cada vez maior de praticantes de atividade física preocupados em melhorar os níveis de saúde, por diversos motivos que vão desde os estéticos como redução de peso corporal, até os de lazer. Entretanto, entende-se que a saúde não é só ausência de doenças, mas um conjunto de fatores que dependem do comportamento relacionado aos hábitos de estilo de vida positivos e o acompanhamento de aspectos clínicos que, quando estão em perfeita harmonia, provocam melhorias nos sistemas corporais, no desempenho físico individual, bem como nas condições sócio-econômicas, saneamento básico, moradia, entre outros.

Provocar a melhoria significativa na qualidade de vida dos idosos, despertando nestes a consciência para a autoresponsabilidade na manutenção da saúde e preservação do bem estar na idade senil e incentivar perante a Sociedade Política do País a adoção de políticas públicas que priorizem a prevenção de patologias, o incentivo ao bem-estar e a adoção de bons hábitos através de programas de atividade física que estejam ao alcance de todos.

Neste aspecto, entende-se que os exercícios físicos, nas suas diversas modalidades, são meios de intervenções capazes de provocar mudanças no desempenho físico, social, psicológico, entre outros no indivíduo em idade mais avançada. Neste sentido, a questão problema que norteia este trabalho é: será que os aspectos bio-psico-físico e sociais indicam os níveis de saúde do idoso? Considerando que fatores biológicos, psicológicos, físicos e sociais constituem quando se apresentam descompensados, do ponto de vista clínico, podem representar uma diminuição dos níveis de saúde e, conseqüentemente, da qualidade de vida, principalmente, durante o processo de envelhecimento.

QUESTÕES INVESTIGADAS

Quais os aspectos prevalentes de anamnese no que se refere aos hábitos de prática física, níveis de atividade física, tabagismo, ingestão alcoólica e alimentar e depressão;

Quais níveis de capacidade física percebida?

Quais os níveis de auto-percepção e bem estar?

Quais as aparências percebidas pela imagem corporal?

Quais os níveis de auto-avaliação da capacidade funcional pelas atividades de vida diária (AVD's)?

Quais os níveis de capacidade funcional?

Quais os níveis de depressão?

Quais os níveis de atividade física habituais?

1.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Analisar os aspectos bio-psico-físico e sociais indicadores de níveis de saúde no período do envelhecimento.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Verificar os aspectos prevalentes de anamnese no que se refere aos hábitos de prática física, níveis de atividade física, tabagismo, ingestão alcoólica e alimentar e depressão;

Identificar os níveis de capacidade física percebida pelos idosos, níveis de auto-percepção e bem estar e aparências percebidas pela imagem corporal;

Determinar os níveis de auto-avaliação da capacidade funcional pelas atividades de vida diária (AVD's), níveis de capacidade funcional, depressão e níveis de atividades físicas habituais.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Foi em 1994 que o Ministério da Saúde, lançou o Programa de saúde da família (PSF) como política nacional de atenção básica. Tendo como objetivo melhorar o atendimento para a população, procurando Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas, identificando assim os problemas de saúde e situações de riscos mais comuns aos quais aquela população está exposta. É através desse trabalho que estar se garantindo o acesso e possibilitando continuidade a tratamentos de forma geral.

A saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de um número definido de famílias, o qual é localizado em uma área geográfica delimitada. É por conta da responsabilidade transmitida as equipes quando se trata da questão de acompanhamento familiar que, coloca as mesmas a possuir uma necessidade de ultrapassar os limites geralmente pré-definidos para a atenção básica no Brasil.

2.2 ENVELHECIMENTO E ASPECTOS FISIOLÓGICOS

Com o passar do tempo os indivíduos vão envelhecendo e com isso vão se tornando cada vez mais frágeis, suas reservas fisiológicas passam a se reduzir

afetando sua capacidade funcional, a qual contribui com a fragilidade física, fragilidade essa que pode ser verificada através da capacidade aeróbia, resistência cardiovascular, capacidade motora, esquelética, neural e força.

A capacidade funcional surge como um novo paradigma de saúde, e passa a ser resultante da interação multidimensional entre saúde física e mental, independência na vida, integração social, suporte familiar, e independência econômica (BALSAMO e SIMÃO, 2005).

Envelhecer é um processo natural que ocorre ao longo da vida e apresenta evoluções diferentes em cada indivíduo, no entanto, não depende somente do processo biológico, porém possui também uma influência quanto à qualidade de vida de cada um. Para Moreira *apud* Simão Farias (2006) *com o aumento do número de idosos ocorre um aumento das doenças associadas ao envelhecimento, destacando-se as crônico-degenerativas. Já Campos (2004) diz que, a falta de condicionamento, inatividade física ou doença crônica resultam numa diminuição da força, potencia, resistência, flexibilidade e amplitude de movimento, promovendo um decréscimo do condicionamento funcional e da habilidade de executar as atividades da vida diária.*

2.3 DEPRESSÃO EM IDOSOS

A depressão é uma doença mental classificada como "distúrbio de humor" e pode acometer qualquer pessoa, em qualquer faixa etária, no entanto devido ao aumento do número de idosos o aparecimento da depressão tardia vem se tornando cada dia mais freqüente. Dentre tantas doenças mentais que atingem o idoso encontra-se a depressão, que geralmente aparece decorrente do avanço da idade, junto com a desvalorização pessoal e sintomas físicos, tornando por muitas vezes

secundárias a outras doenças como câncer, Parkinson, Alzheimer, diabetes, dentre outras.

Estima-se que cerca de 15% de idosos apresentem alguns sintomas depressivos e cerca de 2% deles tenham depressão grave. Esses números são ainda maiores entre idosos internados em asilos ou hospitais (FAMERP, 2007).

Os fatores etiológicos da depressão no idoso (maior que 60 anos) podem ser divididos em biológicos e psicossociais, onde é classificado como biológico a perda neuronal e diminuição de neurotransmissores; o genético; a doença física e as medicações. É classificado como fatores psicossociais a diminuição de renda; as modificações no papel social; o luto/perdas e a doença física incapacitante e/ou dolorosa. (MEDICINA GERIÁTRICA, 2007)

Existe na sociedade uma visão negativa quando se trata de envelhecimento e por sua vez podem interferir na adaptação social, bem estar e postura da sociedade em relação ao idoso. No entanto é em detrimento desse envelhecimento que sentimos uma proximidade da morte, início da última etapa da vida, sensações de perda de status ocupacional e econômico, o qual desencadeia uma condição depressiva que pode ser acentuada se existirem sensações de insuficiência, inutilidade, ansiedade e irritabilidade.

Os sintomas mais comumente encontrados são distúrbios do sono, que aparece nas dificuldades para adormecer, ao acordar no meio da noite ou até mesmo na necessidade de sono excessivo no decorrer do dia; perda de interesse, o que acarreta em um afastamento da vida social e/ou sexual; humor deprimido, é um forte sentimento de tristeza, falta de ânimo frente a situações corriqueiras, ansiedade e muitas vezes um sentimento de "vazio"; alterações no apetite, geralmente há diminuição no apetite; sentimento de inutilidade ocorre através do declínio da auto-estima causando geralmente avaliações negativas de si, pela ocorrência de certas

limitações físicas; fadiga e perda de energia sentem um cansaço excessivo sem terem feito esforço físico algum; dentre outros diariamente apresentados.

2.4 DIABETES MELLITUS

É caracterizada pelo alto teor de concentração de açúcar no sangue (hiperglicemia) e pela presença de açúcar na urina (glicosúria), sua incidência se dá devido à produção inadequada de insulina no pâncreas ou má utilização de insulina nas células do corpo. *Esse distúrbio envolve metabolismo da glicose, das gorduras e das proteínas e tem graves conseqüências tanto quando surge rapidamente como quando se instala lentamente.* (<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php>).

O diabetes do idoso freqüentemente não têm sintomas, sendo descoberto casualmente no check up ou em exames para investigação de outras doenças. Os sintomas quando aparecem são o aumento da sede (chamado polidipsia), aumento da fome (polifagia) excesso de urina (poliúria), cansaço, fraqueza e perda de peso, confusão mental aguda, incontinência urinária, infecções freqüentes, dificuldade de cicatrização de feridas, formigamento, dormências, dores nas mãos e pernas e diminuição da visão. (SBGG.ORG,2007).

Essa patologia se classifica em diabetes mellitus insulino dependente (diabetes do tipo I) a qual neste caso faz uso de insulina injetável, e diabetes mellitus-não-insulino dependente (diabetes tipo II) a qual é o tipo mais comumente encontrado, geralmente aparece na fase adulta, com idade acima de 40 anos cujos indivíduos acometidos dessa doença podem controlar os níveis de açúcar no sangue através de dieta alimentar e exercícios. *As principais maneiras utilizadas atualmente para o tratamento do diabético são as administrações de injeção de insulina (que pode ou não ser necessária) e ou medicamentos administrados por via oral, uma dieta balanceada e exercício* (CAMPOS, 2004).

2.5 A OSTEOPOROSE

Osteoporose é uma doença silenciosa e progressiva, que está relacionada ao envelhecimento mais comumente encontrada em mulheres, pelo fato de sua estrutura óssea ser mais fina e menos densa que a estrutura óssea do homem e também pela diminuição dos hormônios estrogênio e progesterona no período da menopausa, (cujos são responsáveis pela reprodução e aumento do número de osteoblastos). Segundo Suzanne e Blenda (2005) *As mulheres desenvolvem osteoporose com maior frequência e de forma mais extensa que os homens por causa da menor massa óssea máxima e do efeito da perda de estrogênio durante a menopausa.*

Mesmo podendo observar uma maior evidencia da osteoporose em mulheres adultas é necessário perceber que essa doença se manifesta através de uma inadequada qualidade de vida entre a infância e a adolescência. *O desenvolvimento precário da massa óssea em crianças e adolescentes contribui para o desenvolvimento de osteoporose* (SUZANNE e BRENDA, 2005). Levando em consideração que essa doença se dar através da diminuição da composição óssea com a redução de minerais essenciais: cálcio e fósforo; devido a alguns fatores como: estado nutricional, hormonal, estrutura esquelética, idade e outros. É uma doença que só pode ser detectada através de exames clínicos e laboratoriais, por apresentar ausência de sintomas iniciais aparentes.

A osteoporose é a afecção mais freqüente encontrada em patologia óssea. É uma doença metabólica, caracterizada pela densidade diminuída (unidade massa / volume) do osso, normalmente poroso e fino. Com a massa óssea reduzida a força mecânica do osso diminui tornando-o mais suscetível a fraturas (CAMPOS, 2004).

Teoricamente o que precede a osteoporose é osteopenia. *Massa óssea reduzida devido à inadequada síntese de osteóides [...]*Osteopenia é uma

precondição para osteoporose (CAMPOS, 2004). A osteoporose pode ser dividida em primária e secundária o qual segue explicação de que a Osteoporose primária do tipo I é quando a perda óssea ocorre principalmente no osso trabecular estando intimamente relacionada com a perda da função ovariana pós – menopausa; a Osteoporose primária do tipo II – A perda óssea envolve o osso cortical e parece ser um processo fisiológico do envelhecimento, e a Osteoporose secundária que envolve menos de 5% dos casos e aparece devido a alguns fatores como por exemplo: hiperprolactinemia, insuficiência renal crônica, hiperparatireoidismo, imobilização em longo prazo, escoliose dentre outros.

É interessante salientar que o osso é um dos tecidos mais resistentes e rígidos do corpo humano, mas, além disso, é adaptável e pode mudar sua estrutura de acordo com suas funções biológicas. Entretanto de acordo com todos esses fatores relacionados, a perda da massa óssea comentada acima, a estrutura óssea pode sofrer alterações de recomposição mineral através da ingestão de minerais essenciais e atividade física.

O treinamento de força, especificamente, é de extrema importância para indivíduos com osteoporose, porque o indivíduo não só ganha força e massa muscular, mas também, melhora a flexibilidade, a coordenação, a agilidade, a postura e a resistência muscular. Estas adaptações resultam no processo de remodelação óssea e na melhoria da qualidade de vida do indivíduo (CAMPOS, 2004).

Assim também se faz necessário informar que a presença de vitamina D, no organismo de cada indivíduo é de suma importância para a composição óssea. *A ativação da vitamina D, responsável pela absorção do cálcio, depende da exposição ao sol, e essa absorção de cálcio é necessária para garantia do maior nível de massa óssea do programa genético individual (COMISIÓN EUROPEA, 1998).*

2.6 HIPERTENSÃO

O coração é uma bomba existente no organismo que bate 60 a 80 vezes por minuto, ejetando de cinco a seis litros de sangue para todo corpo no decorrer de toda a vida. Pressão arterial é a força a qual o coração bombeia sangue através dos vasos, que determina o volume de entrada e de saída no coração e a resistência que ele encontra para circular em todo o corpo.

No entanto segundo Farinatti e Monteiro apud Carpenter (2002), *pressão arterial é a força exercida pelo sangue que vai contra a parede vascular que como resposta as paredes arteriais oferecem essa mesma pressão ao sangue, fazendo fluir para frente, pois o oposto se tornaria mais difícil devido a ação das válvulas semilunares.*

A pressão arterial varia ao longo do dia de acordo com o nível de atividade desenvolvida pelo indivíduo. A pressão sofre uma elevação quando se pratica exercícios físicos ou mesmo quando a pessoa se excita emocionalmente. Quando a pessoa se encontra relaxada ou no estado de dormência a pressão arterial diminui. Fatores como posturas - sentado ou em pé - são capazes de influenciar a pressão arterial. Motivos pelos quais médicos devem aferir várias vezes à pressão arterial para afirmarem com convicção o diagnóstico de hipertensão arterial.

Entretanto hipertensão arterial é descrita pela pressão arterial acima de 140X90 mmHg (milímetros de mercúrio) em adultos com mais de 18 anos que por sua vez é verificada em repouso de quinze minutos e confirmada por três vezes consecutivas. *Hipertensão arterial pode ser sistólica e diastólica (máxima e mínima) ou sistólica máxima. A maioria desses indivíduos 95% tem hipertensão arterial chamada de essencial ou primária (sem causa) e 5% têm hipertensão arterial secundária a uma causa bem definida.* (ABCSAUDE, 2007). O quadro 01 apresenta a variação de pressão arterial em adultos acima de 18 anos.

QUADRO 01: VARIAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL EM ADULTOS ACIMA DE 18 ANOS.

SISTÓLE	DIASTÓLE	NIVEL
< 130	<85	Normal
130-139	85-95	Normal Limítrofe
140-159	90-99	Hipertensão leve
160-179	100-109	Hipertensão moderada
>179	>109	Hipertensão grave
>140	<90	Hipertensão sistólica ou máxima

Fonte: ABCSAUDE (2007)

O maior número verificado corresponde à pressão arterial sistólica que por sua vez é a pressão do sangue nos vasos quando o coração se contrai para impulsionar o sangue para o resto do corpo. E o menor número corresponde à pressão diastólica, que é a pressão do sangue nos vasos quando o coração encontra-se na fase de relaxamento (diástole). *É estimada uma prevalência da hipertensão no Brasil de atualmente 35% da população acima de 40 anos. Isso representa em números absolutos um total de 17 milhões de portadores da doença, segundo estimativa de 2004 do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE). Cerca de 75% dessas pessoas recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS) para receber atendimento na Atenção Básica. Para atender os portadores de hipertensão, o Ministério da Saúde possui o Programa Nacional de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.*

Segundo o Ministério da saúde (2007), esse programa corresponde a um conjunto de ações para a promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento dos agravos da hipertensão, tem como objetivo a redução do número de internações, procura por pronto-atendimento, gastos com tratamentos de complicações, aposentadorias precoces e mortalidade cardiovascular, tendo como consequência a melhoria da qualidade de vida desses portadores.

2.7 DO DECLÍNIO À DISFUNÇÃO SEXUAL

Foi através de pesquisas das ciências no âmbito da geriatria e sexologia que se chegou à conclusão que o declínio sexual está relacionado a fatores psicológicos e a disfunções orgânicas, principalmente no que diz respeito à impotência masculina. Estudos revelam que o sexo é um componente necessário para um envelhecimento com sucesso. No início do século XX, essas ciências obtiveram respostas contraditórias entre envelhecimento e a função sexual. *De um lado, essas ciências mantinham que o vigor sexual era determinado biologicamente e que a aceitação de seu declínio era marca de um envelhecimento normal* (KATZ, 1996; ACHENBAUM, 1995 *apud* SUASSUNA; SILVA).

Nos anos 60, terapeutas concluíram que fatores psicológicos eram os responsáveis primários pela perda da função sexual e que deixar de praticar sexo aceleraria o processo do envelhecimento. Hoje tanto a geriatria quanto a sexologia continua a defender a prática do sexo como um componente necessário para o sucesso do envelhecimento. Novas incidências surgiram na década de 80, que propiciaram mudanças decisivas na relação entre a função sexual e o envelhecimento, o que transformou a capacidade sexual do corpo humano em uma mera condição mecânica. *Especificamente, em pesquisas no campo da urologia, foi demonstrado que a ereção masculina é um evento fisiológico vascular e, portanto, os casos de impotência passaram a ser tratados, como distúrbios orgânicos* (FELDMAN *et al.*, 1994). Sendo assim, as questões que regem as disfunções sexuais masculinas e suas marcantes repercussões levando em consideração os aspectos físicos, psicológicos e no tocante, o bem estar dos indivíduos e da população idosa estava sendo tratada e que, por conseguinte, merece e exige uma resposta a nível social. É interessante salientar, que no início dos anos 90, os especialistas urologistas e sexólogos deram início a um processo gradual de

transferência no que rege o tratamento da maior parte das alterações ou disfunções sexuais analisadas por terapeutas para a competência de médicos que desenvolviam abordagens mais farmacológicas.

Desta forma, foram desenvolvidas intensas campanhas de marketing para inserir o consumo de produtos que melhorem o desempenho sexual na vida dos idosos. *No final do século XX, a disfunção sexual se tornou uma doença em potencial. Neste momento, a procura por medicamentos específicos para impotência sexual aumentou consideravelmente* (KARTZ; MARSHALL, 2003). Segundo Lacan (1998),

a ciência tem se colocado inteiramente a serviço do discurso capitalista. A cultura atual exige que o sujeito se submeta ao consumo havendo uma demanda da produção de objetos para serem colocados à disposição do capital. Pode-se supor que este contexto contribui ainda mais para o sucesso de medicamentos como o Viagra e seus similares genéricos atuais, evidenciando que a ciência procede no sentido da busca de uma ilusão de mal-estar zero (BENETI, 2002).

2.8 PROBLEMAS CARDIACOS E UTILIZAÇÃO DO ÍNDICE TORNOZELO BRAQUIAL

Os problemas cardiovasculares cardíacos, principalmente a doença arterial oclusiva periférica (DAOP), que em sua maior parte ocorre nos membros inferiores (DAOMI), vem se mostrando muito presente na vida das pessoas e, por conseguinte em caráter mundial todo território mundial, para a qual se considera, dentre outros aspectos, a idade como um fator de risco para aquisição desta patologia. Os preditores de risco cardíaco e DAOP têm sido cada vez mais utilizados e amplamente estudados no âmbito das ciências da saúde, em especial quando se utiliza técnica de fácil aplicação. *O mais recente e prático instrumento de que se dispõe para isso é o exame para determinação do índice tornozelo braquial (ITB) de manipulação simples, porém, de grande confiabilidade.*

Partners *apud* Makdisse (2004), *avaliou pacientes de alto risco para desenvolvimento da doença aterosclerótica (idade ≥ 70 anos e os fumantes e diabéticos com idade ≥ 50 anos), a prevalência da DAOMI foi de quase 30%. Com a utilização do ITB, permitiu a detecção de mais de 800 novos casos da doença (44% do total) e que certamente se beneficiaram da adoção precoce de medidas preventivas.* O The Rotterdam Study, citado por Makdisse, 2004, *avaliando 6.389 indivíduos com idade de 55 anos objetivando comparar o valor preditivo de métodos não invasivos de aterosclerose, tais como radiografia do abdome, doppler de carótida e o ITB, concluiu que todos os exames foram classificados como bons preditores de infartos do miocárdio, independente da presença ou não de fatores de risco cardiovasculares.*

2.9 ATIVIDADE FÍSICA E ENVELHECIMENTO

Observam-se cada vez mais evidências científicas apontando o efeito benéfico de um estilo de vida ativo na manutenção da capacidade funcional e da autonomia física durante o processo de envelhecimento. O exercício físico proporciona ao organismo uma adaptação a um patamar maior de exigência e de capacidade de resposta. Se verificarmos o envelhecer como um processo contínuo que vai da fase de desenvolvimento até o fim de nossas vidas, passaremos a ver que ele se caracteriza pela limitação e perda progressiva da capacidade funcional, como andar com certo equilíbrio, correr, subir escadas, dentre outros.

Além disso, pesquisas mostram que o exercício físico pode ajudar na prevenção da obesidade, diabetes, dislipidemias, doenças cardíacas e hipertensão arterial, enquanto a atividade física habitual, que engloba todos os movimentos realizados no cotidiano, também pode ter papel importante na prevenção de doenças cardiovasculares e redução dos sintomas da doença já instalada, (SILVA; SUASSUNA, 2006).

Dados científicos constatados em um programa de exercícios levam a perceber que existe uma redução de 25% nos casos de doenças cardiovasculares, 10% nos casos de acidente vascular cerebral, doença respiratória crônica e distúrbios mentais. *Talvez o mais importante seja o fato que reduz de 30% para 10% o número de indivíduos incapazes de cuidar de si mesmos, além de desempenhar papel fundamental para facilitar a adaptação à aposentadoria. (SAÚDE EM MOVIMENTO, 2002).*

A debilidade muscular no idoso está relacionada a um aumento de tecido conjuntivo e adiposo que nesse período atinge as fibras de contração rápida, com bem maior intensidade, além disso, ocorrem um declínio de massa muscular, força e a limitação do uso de determinados grupos musculares. No entanto, estudos

demonstram que a manutenção adequada de atividade física pode causar retardo ou até mesmo regredir a deterioração muscular que também é proveniente da velhice.

É de extrema importância que se propiciem situações em que o idoso aprenda a lidar com as transformações que ocorrem no seu corpo, procurando assim, tirar proveito da sua condição, fazendo com que se conquiste sua autonomia e sinta-se sujeito da sua própria história. No entanto, nem sempre a família está preparada ou em condições de desencadear esse processo, tendo em vista que as obrigações diárias, às vezes, dificultam uma dedicação especial ao idoso. Assim, há a possibilidade da família recorrer a profissionais especializados para desenvolverem projetos direcionados ao idoso, buscando garantir ao mesmo o direito à qualidade de vida almejada e merecida.

Porém, estudos em seres humanos demonstram que a manutenção de atividade física pode retardar e até mesmo reverter à debilidade muscular decorrente do envelhecimento. O músculo estriado senescente apresenta certa perda da capacidade de desenvolver força de contração. Essa perda representa, até certo ponto, a redução da massa muscular, principalmente nos músculos de contração rápida.

A diminuição da massa muscular pode decorrer, em parte, da redução no número de unidades motoras ou da substituição do tecido muscular por tecido conjuntivo. Outros estudos sugerem que a manutenção de um alto nível de atividade física pode retardar e até mesmo reverter os efeitos deletérios relacionados ao envelhecimento muscular humano. Já a gravidade do processo de deservação varia consideravelmente entre os indivíduos, porém, de forma geral, não se inicia antes dos 60 anos de idade. MacLennan *et al.* (1980) estudaram a força de

preensão e a massa muscular sem gordura em idosos, observando um surpreendente declínio na força de preensão tanto de homens como de mulheres.

Os programas de treinamento incluem uma variedade de exercícios, no que diz respeito a atividades neuromusculares e cardiorrespiratórios, cuja realização faz com que haja uma maior produção e consumo energético. Uma grande parte das pesquisas realizadas nessa área defende os efeitos que os exercícios aeróbio e anaeróbio produzem na fibra muscular. Entretanto, DeVries (1970) avaliou as respostas fisiológicas a um programa de treinamento físico em homens, cujas idades entre 52 e 87 anos, através de exercícios de alongamento, aquáticos, calistênicos e *jogging* durante 6, 18 e 24 semanas. Concluiu que o potencial de treinamento de homens mais velhos com respeito à capacidade de trabalho físico era maior do que se suspeitava e parecia ser independente do treinamento vigoroso realizado na juventude. A melhora na função muscular dos idosos provavelmente ocorreria devido à melhor ativação do sistema nervoso central e, em menor proporção, devido à hipertrofia muscular.

3. METODOLOGIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Decorre de um estudo descritivo, de corte transversal, caso-controle, dados primários e modelo de análise quantitativo.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi constituída de idosos. A amostra foi de 30 idosos a partir 60 anos, pacientes do Programa de Saúde da Família do Governo do Estado, (PSF) da cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil, da Unidade de Mangabeira (n=5), !3 de Maio (n=20), Castelo Branco (n=5) de ambos os gêneros, voluntários atendidos nos Postos dos PSF, selecionados aleatoriamente, conforme cadastro. As fichas foram sorteadas e o idoso contatado para a amostra voluntariamente.

3.3 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS E VARIÁVEIS SELECIONADAS

Os instrumentos e variáveis estão apresentados no quadro 02.

Quadro 02: Demonstrativo de equipamentos, unidades de medida, variável.

EQUIPAMENTO	UNIDADE DE MEDIDA	VARIÁVEL
Questionários Propostos em Matsudo (2003)	Questões objetivas dicotômicas (Sim e Não), subjetivas	Hábitos de vida, histórico familiar de doenças, anamnese clínica de patologias existentes, capacidade física percebida, auto-percepção e bem estar, imagem corporal, auto-avaliação da capacidade funcional pelas atividades de vida diária (AVD's), escala de depressão e nível de atividade física.
Registro de Identidade	Anos	Idade
Estetoscópio e Tensiômetro	mmHg precisão 0,1mmHg	Pressão arterial

3.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Inicialmente foi solicitada a aprovação do projeto pelo comitê de ética para pesquisa com seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (Nº 94/06/07). Em seguida foram apresentadas as questões investigadoras aos respectivos coordenadores de cada PSF que por sua vez prosseguiu com a assinatura do termo de compromisso e esclarecimento livre e esclarecido (TCLE) resolução 196/96, assinado com a concordância dos participantes posteriormente pesquisados através da aplicação dos questionários.

Os questionários foram aplicados através de contato direto com a amostra. A avaliação clínica constou de: levantamento de informações sobre hábitos de vida, histórico familiar de doenças, anamnese clínica sobre patologias existentes, capacidade física percebida, auto-percepção e bem estar, imagem corporal, auto-avaliação da capacidade funcional pelas atividades de vida diária (AVD's), medidas de (PA), bem como de medição do índice tornozelo braquial (ITB) pela aferição das pressões arteriais.

3.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Foi utilizada uma ficha manual na coleta e os dados transportados para o pacote estatístico Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 13.0, para listagem de todos os resultados e formulação de banco de dados para a retirada da estatística descritiva (medidas de tendência central e dispersão) de média (m), desvio padrão (DP) e frequência relativa e acumulada. Distribuição em gráficos e tabelas.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram analisados inicialmente pela estatística descritiva de média desvio padrão, valor máximo e mínimo das variáveis numéricas do questionário de anamnese. Em seguida analisou-se a prevalência de cada instrumento aplicado e as respostas motoras de testes físicos funcionais aplicados com as devidas classificações. Verificou-se que a PAS 50% possui a pressão sistólica de 120 MG e 62,5 % possui a pressão diastólica de 80 mmHg e nos estudos de Whelton (2002), de uma metanálise de 54 estudos longitudinais randomizados controlados, examinando o efeito do exercício físico aeróbio sobre a pressão arterial, demonstrou que essa modalidade de exercício reduz, em média, 3,8mmHg e 2,6mmHg a pressão sistólica e diastólica, respectivamente.

Reduções de apenas 2mmHg na pressão diastólica podem diminuir substancialmente o risco de doenças e mortes associadas à hipertensão (COOK et al, 1995), o que demonstra que a prática de exercício aeróbio representa importante benefício para a saúde de indivíduos hipertensos. Tem sido proposto que o efeito do exercício aeróbio sobre a pressão arterial é mais devido ao efeito agudo da última sessão de exercício, que às adaptações cardiovasculares ao treinamento (ERIKSSON, 1997).

De acordo com isso, estudo realizado pelo nosso grupo de pesquisa demonstrou que indivíduos hipertensos tiveram reduções na monitoração ambulatorial da pressão arterial durante 24 horas (MAPA 24h) quando realizada logo após a última sessão de exercício, as quais não foram observadas quando realizadas 72 horas após a última sessão (CIOLAC et al, 2004). Indivíduos hipertensos têm sido tradicionalmente desencorajados a realizar exercício resistido

devido ao receio de essa modalidade de exercício precipitar um evento cerebrovascular ou cardíaco. Porém, estudos investigando o efeito de longo período de treinamento com exercício resistido sobre a pressão sanguínea de repouso não documentaram efeitos deletérios, sugerindo que indivíduos hipertensos não devem evitar sua prática, pois ela proporciona grandes benefícios para a qualidade de vida, principalmente de indivíduos idosos (PERSGHIN, 1996, POLLOCK et al, 2000).

Quanto aos hábitos de vida, histórico familiar de doenças, a anamnese clínica sobre patologias existentes a amostra constou de 80% do sexo feminino e 20% do sexo masculino; quanto à profissão 56,7% são aposentados; 96,7% são da Paraíba; 33,3% têm o segundo grau completo; 50% possuem a pressão sistólica de 120 mmHg e 62,5 % possui a pressão diastólica de 80 mmHg; 76,7% não fumam; e os que fumam 42,9% chegam a fumar até cinco cigarros ao dia. 73,3% não bebem; 53,3% já passaram por alguma cirurgia; 76,6% informaram que teve doenças anteriores e tem doenças na família; 100% se alimentam em casa.

As tabelas 01 e 02 apresenta dados quanto à capacidade física percebida obteve - se o que 30% concordam que tem reflexos excelentes; 20% concordam ou discordam em parte que não são ágeis, 36% concordam que seu físico é bastante forte; 40% concordam totalmente que não conseguem correr rápido; 20% concordam em parte ou concordam totalmente que não tem o controle da situação quanto a testes envolvendo suas habilidades físicas; 38,5% concordam que possui a musculatura flácida; 36,7% concordam que não sente orgulho das suas habilidades esportivas; 46,7% que sua rapidez livrou de momentos desagradáveis; 36,7% concordam ou concordam totalmente que agarram firme algum objeto; 23,3%

concordam em parte que devido à sua agilidade, são capazes de fazer coisas que muitos outros não conseguem.

Guimarães et al (2006), com o objetivo de descrever a atividade de vida diária e a tendência a estado depressivo em idosos praticantes de atividade física em 102 idosos, com idade média de 69 anos (DP= 5,4) pertencentes ao programa de atividade física do Grupo de Estudos da Terceira Idade - GETI - da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC, em Florianópolis, SC-Brasil, pelos instrumentos de coleta de dados de Escala de depressão adaptada de Stoppe e Louzã Neto (1999); Escala de auto-percepção do desempenho de atividades da vida diária- AVDs (ANDREOTTI; OKUMA, 1999), encontrou que grande parte dos idosos praticantes de atividade física não apresenta tendência a estado depressivo e possuem boa percepção do desempenho das AVDs.

Porém, não foram encontradas associações significativas entre a tendência a estado depressivo e a auto-percepção das AVDs e concluíram que a prática de atividade física regular pode auxiliar na melhoria da capacidade para as AVDs dos idosos e ameniza a tendência à estado depressivo. No entanto, observou-se no estudo aqui realizado que os idosos são inativos e que a percepção de bem estar e AVD's estão em níveis elevados, contrariando o estudo acima citado.

TABELA 01: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DE PERCENTUAL VÁLIDO E ACUMULADO DA CAPACIDADE FÍSICA PERCEBIDA QUESTÕES DE 1 A 5 (N=30)

1. Eu tenho reflexos excelentes (reações rápidas)	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Discordo totalmente	3	10,0	10,0
Discordo	4	13,3	23,3
Discordo em parte	7	23,3	46,7
Concordo em parte	2	6,7	53,3
Concordo	9	30,0	83,3
Concordo totalmente	5	16,7	100,0
Total	30	100,0	
2. Eu não sou ágil, não faço movimentos bonitos	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Discordo totalmente	3	10,0	10,0
Discordo	5	16,7	26,7
Discordo em parte	6	20,0	46,7
Concordo em parte	6	20,0	66,7
Concordo	5	16,7	83,3
Concordo totalmente	5	16,7	100,0
Total	30	100,0	
3. Meu físico é bastante forte	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Discordo totalmente	5	16,7	16,7
Discordo	7	23,3	40,0
Discordo em parte	2	6,7	46,7
Concordo em parte	4	13,3	60,0
Concordo	11	36,7	96,7
Concordo totalmente	1	3,3	100,0
Total	30	100,0	16,7
4. Não consigo correr rápido	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Discordo totalmente	4	13,3	13,3
Discordo	2	6,7	20,0
Concordo em parte	3	10,0	30,0
Concordo	9	30,0	60,0

Concordo totalmente	12	40,0	100,0
Total	30	100,0	
5. Não me sinto na situação no controle da situação quanto faço testes envolvendo minhas habilidades físicas	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Discordo totalmente	2	6,7	6,7
Discordo	5	16,7	23,3
Discordo em parte	5	16,7	40,0
Concordo em parte	6	20,0	60,0
Concordo	6	20,0	80,0
Concordo totalmente	6	20,0	100,0
Total	30	100,0	

TABELA 02: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DE PERCENTUAL VÁLIDO E ACUMULADO DA CAPACIDADE FÍSICA PERCEBIDA QUESTÕES DE 6 A 9 (N=30)

6. Eu tenho a musculatura flácida (músculos moles, frouxos)	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Discordo	2	7,7	7,7
Discordo em parte	5	19,2	26,9
Concordo em parte	3	11,5	38,5
Concordo	10	38,5	76,9
Concordo totalmente	6	23,1	100,0
Total	26	100,0	
7. Não me orgulho das minhas habilidades esportivas	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Discordo	3	10,0	10,0
Discordo totalmente			
Discordo	1	3,3	13,3
Discordo em parte	1	3,3	16,7
Concordo em parte	5	16,7	33,3
Concordo	11	36,7	70,0
Concordo totalmente	9	30,0	100,0
Total	30	100,0	
8. Minha rapidez me livrou de momentos desagradáveis	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Discordo	8	26,7	26,7
Discordo totalmente			
Discordo	14	46,7	73,3
Discordo em parte	2	6,7	80,0
Concordo em parte	3	10,0	90,0
Concordo	2	6,7	96,7
Concordo totalmente	1	3,3	100,0
Total	30	100,0	26,7
Eu agarro firme (seguro, pego)	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Discordo	1	3,3	3,3
Discordo totalmente			
Discordo	2	6,7	10,0
Discordo em parte	2	6,7	16,7
Concordo em parte	3	10,0	26,7
Concordo	11	36,7	63,3
Concordo	11	36,7	100,0

totalmente			
Total	30	100,0	
9. Devido à minha agilidade, sou capaz de fazer coisas que muitos outros não conseguem (rapidez, eficiência, "esperteza")	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Discordo totalmente	6	20,0	20,0
Discordo	6	20,0	40,0
Discordo em parte	1	3,3	43,3
Concordo em parte	7	23,3	66,7
Concordo	6	20,0	86,7
Concordo totalmente	4	13,3	100,0
Total	30	100,0	

Quanto à auto-percepção e bem estar obteve-se que 56,7% não sentem medo de ficar sozinho, mas, sentem sempre medo de ter fraturas e não sentem solidão; 53,3% sentem medo de cair, não sentem depressão e sente insatisfação com a vida; 43,3% não sentem medo de sair sozinho, mas, sentem medo de estar doente em uma época que poderia estar curtindo a vida e sentem de vez em quando Impaciência; 46,7% Sentem-se nervoso de vez em quando e também de vez em quando sentem que sentem que tudo exige muito esforço; 63,3% não sentem mau humor; 40% não sentem irritação; 70% não sentem dificuldades para se acalmarem; 80% não sentem vergonha com a aparência e nem sentem frustração; 73,3% não desistem facilmente das coisas; 63,3% não sentem que não vale a pena viver; 73,3% não sentem desvalorização de si próprios. Estes dados podem ser observados nas Tabelas 03 a 06.

TABELA 03: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DE PERCENTUAL VÁLIDO E ACUMULADO DA AUTO-PERCEPÇÃO E BEM ESTAR QUESTÕES 1 A 7 (N=30)

1. Medo de ficar sozinho	Frequência	% Válido	% Acumulativo
não sinto isto	17	56,7	56,7
sinto isto de vez em quando	7	23,3	80,0
sinto isto sempre	6	20,0	100,0
Total	30	100,0	
2. Medo de ter fraturas	Frequência	% Válido	% Acumulativo
não sinto isto	6	20,0	20,0
sinto isto de vez em quando	7	23,3	43,3
sinto isto sempre	17	56,7	100,0
Total	30	100,0	
3. Medo de cair	Frequência	% Válido	% Acumulativo
não sinto isto	5	16,7	16,7
sinto isto de vez em quando	9	30,0	46,7
sinto isto sempre	16	53,3	100,0
Total	30	100,0	
4. Medo de sair sozinho (a)	Frequência	% Válido	% Acumulativo
não sinto isto	13	43,3	43,3
sinto isto de vez em quando	9	30,0	73,3
sinto isto sempre	8	26,7	100,0
Total	30	100,0	
5. Medo de estar doente em uma época que poderia estar curtindo a vida	Frequência	% Válido	% Acumulativo
não sinto isto	6	20,0	20,0
sinto isto de vez em quando	11	36,7	56,7
sinto isto sempre	13	43,3	100,0
Total	30	100,0	
6. Sentir nervoso	Frequência	% Válido	% Acumulativo
não sinto isto	9	30,0	30,0
sinto isto de vez em quando	14	46,7	76,7
sinto isto sempre	7	23,3	100,0
Total	30	100,0	
7. Mau humor	Frequência	% Válido	% Acumulativo
não sinto isto	19	63,3	63,3
sinto isto de vez em quando	8	26,7	90,0
sinto isto sempre	3	10,0	100,0
Total	30	100,0	

TABELA 04: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DE PERCENTUAL VÁLIDO E ACUMULADO DA AUTO-PERCEPÇÃO E BEM ESTAR QUESTÕES 8 A 15 (N=30)

8. Irritação	Frequência	% Válido	% Acumulativo
não sinto isto	12	40,0	40,0
sinto isto de vez em quando	11	36,7	76,7
sinto isto sempre	7	23,3	100,0
Total	30	100,0	
9. Impaciência	Frequência	% Válido	% Acumulativo
não sinto isto	11	36,7	36,7
sinto isto de vez em quando	13	43,3	80,0
sinto isto sempre	6	20,0	100,0
Total	30	100,0	
10. Depressão	Frequência	% Válido	% Acumulativo
não sinto isto	16	53,3	53,3
sinto isto de vez em quando	7	23,3	76,7
sinto isto sempre	7	23,3	100,0
Total	30	100,0	
11. Dificuldades para me acalmar	Frequência	% Válido	% Acumulativo
não sinto isto	21	70,0	70,0
sinto isto de vez em quando	7	23,3	93,3
sinto isto sempre	2	6,7	100,0
Total	30	100,0	
12. Insatisfação com a vida	Frequência	% Válido	% Acumulativo
não sinto isto	16	53,3	53,3
sinto isto de vez em quando	7	23,3	76,7
sinto isto sempre	7	23,3	100,0
Total	30	100,0	
13. Sentir que tudo exige muito esforço	Frequência	% Válido	% Acumulativo
não sinto isto	11	36,7	36,7
sinto isto de vez em quando	14	46,7	83,3
sinto isto sempre	5	16,7	100,0
Total	30	100,0	
14. Vergonha com a aparência	Frequência	% Válido	% Acumulativo
não sinto isto	24	80,0	80,0
sinto isto de vez em quando	4	13,3	93,3
sinto isto sempre	2	6,7	100,0
Total	30	100,0	
15. Frustração	Frequência	% Válido	% Acumulativo
não sinto isto	24	80,0	80,0
sinto isto de vez em quando	1	3,3	83,3
sinto isto sempre	4	13,3	96,7

TABELA 05: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DE PERCENTUAL VÁLIDO E ACUMULADO DA AUTO-PERCEPÇÃO E BEM ESTAR QUESTÕES 16 A 24 (N=30)

16. Desistir facilmente das coisas	Frequência	% Válido	% Acumulativo
não sinto isto	22	73,3	73,3
sinto isto de vez em quando	5	16,7	90,0
sinto isto sempre	3	10,0	100,0
Total	30	100,0	
17. Sentir que não vale a pena viver	Frequência	% Válido	% Acumulativo
não sinto isto	19	63,3	63,3
sinto isto de vez em quando	5	16,7	80,0
sinto isto sempre	6	20,0	100,0
Total	30	100,0	
18. Solidão	Frequência	% Válido	% Acumulativo
não sinto isto	17	56,7	56,7
sinto isto de vez em quando	8	26,7	83,3
sinto isto sempre	5	16,7	100,0
Total	30	100,0	
19. Desvalorização de si próprio	Frequência	% Válido	% Acumulativo
não sinto isto	22	73,3	73,3
sinto isto de vez em quando	5	16,7	90,0
sinto isto sempre	3	10,0	100,0
Total	30	100,0	
20. Perda do controle da própria vida	Frequência	% Válido	% Acumulativo
não sinto isto	20	66,7	66,7
sinto isto de vez em quando	5	16,7	83,3
sinto isto sempre	5	16,7	100,0
Total	30	100,0	
21. Pânico	Frequência	% Válido	% Acumulativo
não sinto isto	16	53,3	53,3
sinto isto de vez em quando	8	26,7	80,0
sinto isto sempre	6	20,0	100,0
Total	30	100,0	
22. Preocupação com doenças	Frequência	% Válido	% Acumulativo
não sinto isto	3	10,0	10,0
sinto isto de vez em quando	16	53,3	63,3
sinto isto sempre	11	36,7	100,0
Total	30	100,0	
23. Inquietação	Frequência	% Válido	% Acumulativo
não sinto isto	10	33,3	33,3
sinto isto de vez em quando	16	53,3	86,7
sinto isto sempre	4	13,3	100,0
Total	30	100,0	
24. Pena de si mesmo	Frequência	% Válido	% Acumulativo
não sinto isto	26	86,7	86,7
sinto isto de vez em quando	2	6,7	93,3
sinto isto sempre	2	6,7	100,0
Total	30	100,0	

TABELA 06: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DE PERCENTUAL VÁLIDO E ACUMULADO DA AUTO-PERCEPÇÃO E BEM ESTAR QUESTÕES 25 A 29 (N=30)

25. Infidelidade	Frequência	% Válido	% Acumulativo
não sinto isto	23	76,7	76,7
sinto isto de vez em quando	2	6,7	83,3
sinto isto sempre	5	16,7	100,0
Total	30	100,0	
26. Perda da independência	Frequência	% Válido	% Acumulativo
não sinto isto	21	70,0	70,0
sinto isto de vez em quando	5	16,7	86,7
sinto isto sempre	4	13,3	100,0
Total	30	100,0	
27. Perda da auto-confiança	Frequência	% Válido	% Acumulativo
não sinto isto	20	69,0	69,0
sinto isto de vez em quando	7	24,1	93,1
sinto isto sempre	2	6,9	100,0
Total	29	100,0	
28. Perda da concentração	Frequência	% Válido	% Acumulativo
não sinto isto	11	36,7	36,7
sinto isto de vez em quando	15	50,0	86,7
sinto isto sempre	4	13,3	100,0
Total	30	100,0	
29. Perda da memória	Frequência	% Válido	% Acumulativo
não sinto isto	13	43,3	43,3
sinto isto de vez em quando	12	40,0	83,3
sinto isto sempre	5	16,7	100,0
Total	30	100,0	

Quanto à imagem corporal dos idosos 20% tem a aparência de 01 e 04; 30% gostariam de ter a aparência de 03; 23,3% tinham a aparência de 01. Ou seja, atualmente se percebem maiores, em relação a compleição, do que há um ano atrás e gostariam de ser um pouco mais fortes. Indicando que não estão satisfeitos com sua imagem. Estes dados podem ser observados na Tabela 07.

TABELA 07: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DE PERCENTUAL VÁLIDO E ACUMULADO DA IMAGEM CORPORAL PERCEBIDA (N=30)

Qual a aparência física que mais se parece com você atualmente?	Frequência	% Válido	% Acumulativo
1	6	20,0	20,0
2	2	6,7	26,7
3	4	13,3	40,0
4	6	20,0	60,0
5	5	16,7	76,7
6	4	13,3	90,0
7	3	10,0	100,0
Total	30	100,0	
Qual a aparência física você gostaria de ter?	Frequência	% Válido	% Acumulativo
1	6	20,0	20,0
2	8	26,7	46,7
3	9	30,0	76,7
4	3	10,0	86,7
5	4	13,3	100,0
Total	30	100,0	
Qual a aparência física você tinha há um ano atrás?	Frequência	% Válido	% Acumulativo
1	7	23,3	23,3
2	3	10,0	33,3
3	6	20,0	53,3
4	4	13,3	66,7
5	4	13,3	80,0
6	4	13,3	93,3
7	2	6,7	100,0
Total	30	100,0	

As Tabelas 08 e 09 demonstram dados quanto à auto-avaliação da capacidade funcional pelas atividades de vida diária (AVD'S) 93,3% tomam conta das necessidades pessoais como vestir-se sozinho e toma banho e usa o banheiro sozinho; 83,3% conseguem caminhar fora de casa sem ajuda e fazem atividades domésticas leves como cozinhar, lavar pratos, varrer ou andar de um lado para o outro da casa; 43,3% conseguem subir ou descer escadas ou marchar; 66,7% fazem compras no supermercado ou shopping sem ajuda; 63,3% informaram que podem levantar e carregar 5 kg; 60% conseguem caminhar 6-7 quarteirões; mas 63,3% não conseguem caminhar 12-14 quarteirões, 46,7 não conseguem levantar e carregar 13 kg de peso; 50% não podem fazer atividades domésticas pesadas; 60% não podem fazer atividades vigorosas.

TABELA 08: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DE PERCENTUAL VÁLIDO E ACUMULADO DA AUTO-AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA QUESTÕES DE 1 A 7 (N=30)

1. Tomar conta das necessidades pessoais como vestir-se sozinho	Frequência	% Válido	% Acumulativo
faço	28	93,3	93,3
não posso fazer	2	6,7	100,0
Total	30	100,0	
2. Tomar banho. usar o banheiro	Frequência	% Válido	% Acumulativo
faço	28	93,3	93,3
não posso fazer	2	6,7	100,0
Total	30	100,0	
3. Caminhar fora de casa	Frequência	% Válido	% Acumulativo
faço	25	83,3	83,3
faço com dificuldade ou com ajuda	2	6,7	90,0
não posso fazer	3	10,0	100,0
Total	30	100,0	
4. Fazer atividades domésticas leves como cozinhar, tipo o pó, lavar pratos, varrer ou andar de um lado para o outro da casa	Frequência	% Válido	% Acumulativo
faço	25	83,3	83,3
faço com dificuldade ou com ajuda	2	6,7	90,0
não posso fazer	3	10,0	100,0
Total	30	100,0	
5. Subir ou descer escadas ou marchar	Frequência	% Válido	% Acumulativo
faço	13	43,3	43,3
faço com dificuldade ou com ajuda	10	33,3	76,7
não posso fazer	7	23,3	100,0
Total	30	100,0	
System	1		
Total	31		
6. Fazer compras no supermercado ou shopping	Frequência	% Válido	% Acumulativo
faço	20	66,7	66,7
faço com dificuldade ou com ajuda	7	23,3	90,0
não posso fazer	3	10,0	100,0
Total	30	100,0	
7. Levantar e carregar 5kg (pacote de arroz)	Frequência	% Válido	% Acumulativo
faço	19	63,3	63,3
faço com dificuldade ou com ajuda	6	20,0	83,3
não posso fazer	5	16,7	100,0
Total	30	100,0	

TABELA 09: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DE PERCENTUAL VÁLIDO E ACUMULADO DA AUTO-AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA QUESTÕES DE 8 A 12 (N=30)

8. Caminhar 6-7 quarteirões	Frequência	%	%
		Válido	Acumulativo
faço	18	60,0	60,0
faço com dificuldade ou com ajuda	6	20,0	80,0
não posso fazer	6	20,0	100,0
Total	30	100,0	
9. Caminhar 12-14 quarteirões	Frequência	%	%
		Válido	Acumulativo
faço	8	26,7	26,7
faço com dificuldade ou com ajuda	3	10,0	36,7
não posso fazer	19	63,3	100,0
Total	30	100,0	
10. Levantar e carregar 13kg de peso (uma mala média ou grande)	Frequência	%	%
		Válido	Acumulativo
faço	10	33,3	33,3
faço com dificuldade ou com ajuda	6	20,0	53,3
não posso fazer	14	46,7	100,0
Total	30	100,0	
11. Fazer atividades domésticas pesadas como aspirar, esfregar pisos, passar o rodo	Frequência	%	%
		Válido	Acumulativo
faço	7	23,3	23,3
faço com dificuldade ou com ajuda	8	26,7	50,0
não posso fazer	15	50,0	100,0
Total	30	100,0	
12. Fazer atividades vigorosas comandar grandes distâncias, cavucar o jardim, mover objetos pesados, atividades de dança aeróbica ou ginástica vigorosa	Frequência	%	%
		Válido	Acumulativo
faço	5	16,7	16,7
	7	23,3	40,0
faço com dificuldade ou com ajuda	18	60,0	100,0
não posso fazer	30	100,0	
Total			

As Tabelas 10 e 11 demonstram dados quanto à auto-avaliação e capacidade funcional, 93,3% comem e bebem , lavam o rosto e as mãos, vão ao banheiro, levantam da cadeira, movimentam-se fora da casa em terreno plano, vestem-se e tomam banho sem ajuda e sem dificuldade; 90% entram e saem da cama sem

ajuda; 46,7% sobem e descem escadas sem ajuda e sem dificuldade e lavam e passam roupa; 40% realizam com ajuda ou depende de outras pessoas para cuidarem das unhas dos pés; 80% realizam sem ajuda e sem dificuldade atividades LEVES de limpeza da casa; 83,3% conseguem preparar jantar preparar café da manhã e almoço, arrumar cama, sem ajuda e com dificuldade, movimentam-se fora de casa em terreno plano sem ajuda e sem dificuldade; 70% fazem compras sem ajuda e com facilidade; 46,7% realizam com ajuda ou dependem de outras pessoas atividades PESADAS de limpeza da casa 46,7%.

TABELA 10: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DE PERCENTUAL VÁLIDO E ACUMULADO DA AUTO-AVALIAÇÃO AUTO AVALIAÇÃO E CAPACIDADE FUNCIONAL QUESTÕES DE 1 A 11 (N=30)

1. Comer e beber	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Realiza SEM AJUDA e com facilidade	28	93,3	93,3
Realiza SEM AJUDA, mas com algum grau de dificuldade.	1	3,3	96,7
Realiza COM AJUDA ou depende de outros para realizar	1	3,3	100,0
Total	30	100,0	
2. Lavar o rosto e as mãos	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Realiza SEM AJUDA e com facilidade	28	93,3	93,3
Realiza SEM AJUDA mas com algum grau de dificuldade	1	3,3	96,7
Realiza COM AJUDA ou depende de outros para realizar	1	3,3	100,0
Total	30	100,0	
3. Ir ao banheiro	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Realiza SEM AJUDA e com facilidade	28	93,3	93,3
Realiza COM AJUDA ou depende de outros para realizar	2	6,7	100,0
Total	30	100,0	
4. Levantar da cadeira	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Realiza SEM AJUDA e com facilidade	28	93,3	93,3
Realiza COM AJUDA ou depende de outros para realizar	2	6,7	100,0
Total	30	100,0	
5. Entrar e sair da cama	Frequência	% Válido	% Acumulativo

		Válido	
Realiza SEM AJUDA e com facilidade	27	90,0	90,0
Realiza SEM AJUDA, mas com algum grau de dificuldade.	1	3,3	93,3
Realiza COM AJUDA ou depende de outros para realizar	2	6,7	100,0
Total	30	100,0	
6. Movimentar-se dentro de casa em terreno plano	Frequência	%	% Acumulativo
		Válido	
Realiza SEM AJUDA e com facilidade	28	93,3	93,3
Realiza COM AJUDA ou depende de outros para realizar	2	6,7	100,0
Total	30	100,0	
7. Vestir-se	Frequência	%	% Acumulativo
		Válido	
Realiza SEM AJUDA e com facilidade	28	93,3	93,3
Realiza COM AJUDA ou depende de outros para realizar	2	6,7	100,0
Total	30	100,0	
8. Tomar banho	Frequência	%	% Acumulativo
		Válido	
Realiza SEM AJUDA e com facilidade	28	93,3	93,3
Realiza COM AJUDA ou depende de outros para realizar	2	6,7	100,0
Total	30	100,0	
9. Mover-se de fora da casa em terreno plano	Frequência	%	% Acumulativo
		Válido	
Realiza SEM AJUDA e com facilidade	25	83,3	83,3
Realiza SEM AJUDA, mas com algum grau de dificuldade.	3	10,0	93,3
Realiza COM AJUDA ou depende de outros para realizar	2	6,7	100,0
Total	30	100,0	
10. Subir e descer escadas	Frequência	%	% Acumulativo
		Válido	
Realiza SEM AJUDA e com facilidade	14	46,7	46,7
Realiza SEM AJUDA, mas com algum grau de dificuldade.	9	30,0	76,7
Realiza COM AJUDA ou depende de outros para realizar	7	23,3	100,0
Total	30	100,0	
11. Cuidar dos pés e das unhas	Frequência	%	% Acumulativo
		Válido	
Realiza SEM AJUDA e com facilidade	9	30,0	30,0
Realiza SEM AJUDA, mas com algum grau de dificuldade.	9	30,0	60,0
Realiza COM AJUDA ou depende de outros para realizar	12	40,0	100,0
Total	30	100,0	

TABELA 11: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DE PERCENTUAL VÁLIDO E ACUMULADO DA AUTO-AVALIAÇÃO AUTO AVALIAÇÃO E CAPACIDADE FUNCIONAL QUESTÕES DE 12 A 18 (N=30)

12. Atividades LEVES de limpeza da casa	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Realiza SEM AJUDA e com facilidade	24	80,0	80,0
Realiza SEM AJUDA, mas com algum grau de dificuldade	3	10,0	90,0
Realiza COM AJUDA ou depende de outros para realizar	3	10,0	100,0
Total	30	100,0	
13. Preparar jantar	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Realiza SEM AJUDA e com facilidade	25	83,3	83,3
Realiza SEM AJUDA, mas com algum grau de dificuldade.	1	3,3	86,7
Realiza COM AJUDA ou depende de outros para realizar	4	13,3	100,0
Total	30	100,0	
14. Preparar café da manhã e almoço	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Realiza SEM AJUDA e com facilidade	25	83,3	83,3
Realiza SEM AJUDA, mas com algum grau de dificuldade	1	3,3	86,7
Realiza COM AJUDA ou depende de outros para realizar	4	13,3	100,0
Total	30	100,0	
15. Arrumar a cama	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Realiza SEM AJUDA e com facilidade	25	83,3	83,3
Realiza SEM AJUDA, mas com algum grau de dificuldade	2	6,7	90,0
Realiza COM AJUDA ou depende de outros para realizar	3	10,0	100,0
Total	30	100,0	
16. Lavar e passar roupa	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Realiza SEM AJUDA e com facilidade	14	46,7	46,7
Realiza SEM AJUDA, mas com algum grau de dificuldade	8	26,7	73,3
Realiza COM AJUDA ou depende de outros para realizar	8	26,7	100,0
Total	30	100,0	
17. Fazer comprar	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Realiza SEM AJUDA e com facilidade	21	70,0	70,0
Realiza SEM AJUDA, mas com algum grau de dificuldade	5	16,7	86,7
Realiza COM AJUDA ou depende de outros	4	13,3	100,0

para realizar			
Total	30	100,0	
18. Atividades PESADAS de limpeza da casa	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Realiza SEM AJUDA e com facilidade	10	33,3	33,3
Realiza SEM AJUDA, mas com algum grau de dificuldade	6	20,0	53,3
Realiza COM AJUDA ou depende de outros para realizar	14	46,7	100,0
Total	30	100,0	

As Tabelas 12 e 15 demonstram dados Quanto à escala de depressão verificou-se que 70% esta satisfeito com a sua vida; 56,7% não deixam muito dos seus interesses e atividades; 66,7% não sentem sua vida vazia; 66,7% não se sentem aborrecido frequentemente; 58,6 têm esperança em relação ao futuro; 66,7% não esta aborrecido; 60% se sentem animado na maior parte do tempo; 53,3% não temem que alguma coisa ruim vá acontecer com ele; 70% sentem-se feliz a maior parte de seu tempo; 73,3% não sentem desamparo; 50% ficamos inquietos e nervosos a frequentemente e 50% não; 53,3% não preferem ficar em casa em vez de sair; 66,7% se preocupam frequentemente em ralação ao futuro e não sente que tem mais problemas com a maioria do que com os outros; 83,3% achamos maravilhosos está vivo; 70% não se sentem deprimido ou melancólico; 76,7% não se sentem inútil do jeito que você está agora; 90% não se preocupam com o passado; 53,3% acham sua vida bem excitante.

60% acham difícil se envolver com novos projetos; 56,7% se sentem cheio de energia; 83,3% não sentem que sua situação não tem esperança; 93,3% não acham que a maioria das pessoas é melhor do que ele; 66,7% não ficamos perturbados com pequenas coisas; 63, % não sentem vontade de chorar com frequência; 56,7% não têm problemas para se concentrar; 83,3% gostam de se levantar pela manhã;

60% evitam reuniões sociais; 63,3% acham fácil para tomar decisões; 62,1% não têm a mente tão clara como costumava ser.

Stella et al.(2002), afirmam que a depressão constitui enfermidade mental freqüente no idoso, comprometendo intensamente sua qualidade de vida, sendo considerada fator de risco para processos demenciais. É uma condição que coloca em risco a vida, sobretudo daqueles que têm alguma doença crônico-degenerativa ou incapacitante, pois há uma influência recíproca na evolução clínica do paciente. As estratégias de tratamento mais utilizadas são psicoterapia, intervenção medicamentosa e exercício físico. A atividade física, quando regular e bem planejada, contribui para a minimização do sofrimento psíquico do idoso deprimido, além de oferecer oportunidade de envolvimento psicossocial, elevação da auto-estima, implementação das funções cognitivas, com saída do quadro depressivo e menores taxas de recaída.

Uma das vantagens do exercício físico é o efeito positivo também na prevenção e tratamento de outros agravos comuns nas pessoas idosas. O estudo citado corrobora com os achados desta pesquisa no que se refere a presença da depressão e aos níveis de atividade física que classificaram a amostra como inativa. Sugerindo-se políticas de exercício regular para o idoso.

TABELA 12: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DE PERCENTUAL VÁLIDO E ACUMULADO DA ESCALA DE DEPRESSÃO QUESTÕES DE 1 A 8 (N=30)

1. está satisfeito com a sua vida?	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Sim	21	70,0	70,0
Não	9	30,0	100,0
Total	30	100,0	
2. você tem deixado muitos dos seus interesses e atividades?	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Sim	13	43,3	43,3
Não	17	56,7	100,0
Total	30	100,0	
3. você sente que sua vida esta vazia?	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Sim	10	33,3	33,3
Não	20	66,7	100,0
Total	30	100,0	
4. sente-se aborrecido frequentemente?	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Sim	10	33,3	33,3
Não	20	66,7	100,0
Total	30	100,0	
5. você esta cheio de esperança em relação ao futuro?	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Sim	17	58,6	58,6
Não	12	41,4	100,0
Total	29	100,0	
6. Você está aborrecido?	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Sim	10	33,3	33,3
Não	20	66,7	100,0
Total	30	100,0	
7. você está animado na maior parte do tempo?	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Sim	18	60,0	60,0
Não	12	40,0	100,0
Total	30	100,0	
8. você teme que alguma coisa ruim vai	Frequência	% Válido	% Acumulativo

acontecer com você?			
Sim	14	46,7	46,7
Não	16	53,3	100,0
Total	30	100,0	

TABELA 13: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DE PERCENTUAL VÁLIDO E ACUMULADO DA ESCALA DE DEPRESSÃO QUESTÕES DE 9 A 16(N=30)

9. você se sente feliz a maior parte do tempo?	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Sim	21	70,0	70,0
Não	9	30,0	100,0
Total	30	100,0	
10. você se sente desamparado frequentemente?	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Sim	8	26,7	26,7
Não	22	73,3	100,0
Total	30	100,0	
11. você frequentemente fica inquieto e nervoso?	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Sim	15	50,0	50,0
Não	15	50,0	100,0
Total	30	100,0	
12. você prefere ficar em casa em lugar de sair e fazer coisas novas?	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Sim	14	46,7	46,7
Não	16	53,3	100,0
Total	30	100,0	
13. você se preocupa frequentemente em relação ao futuro?	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Sim	20	66,7	66,7
Não	10	33,3	100,0
Total	30	100,0	
14. você sente que tem mais problemas com a maioria do que com os outros?	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Sim	10	33,3	33,3

Não	20	66,7	100,0
Total	30	100,0	
15. você acha que é maravilhoso está vivo?	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Sim	25	83,3	83,3
Não	5	16,7	100,0
Total	30	100,0	
16. você frequentemente se sente deprimido ou melancólico?	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Sim	9	30,0	30,0
Não	21	70,0	100,0
Total	30	100,0	

TABELA 14: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DE PERCENTUAL VÁLIDO E ACUMULADO DA ESCALA DE DEPRESSÃO QUESTÕES DE 19 A 25 (N=30)

19. você se sente inútil do jeito que você está agora?	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Sim	7	23,3	23,3
Não	23	76,7	100,0
Total	30	100,0	
20. você se preocupa bastante com o passado?	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Sim	3	10,0	10,0
Não	27	90,0	100,0
Total	30	100,0	
21. você acha a vida bem excitante?	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Sim	16	53,3	53,3
Não	14	46,7	100,0
Total	30	100,0	
22. é difícil para você se envolver com novos projetos?	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Sim	18	60,0	60,0
Não	12	40,0	100,0
Total	30	100,0	
23. você se sente cheio de energia?	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Sim	17	56,7	56,7
Não	12	40,0	96,7

12	1	3,3	100,0
Total	30	100,0	
você sente que sua situação não tem esperança?	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Sim	5	16,7	16,7
Não	25	83,3	100,0
Total	30	100,0	
24. você acha que a maioria das pessoas é melhor do que você?	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Sim	2	6,7	6,7
Não	28	93,3	100,0
Total	30	100,0	
25. você fica perturbado com pequenas coisas?	Frequência	% Válido	% Acumulativo
Sim	10	33,3	33,3
Não	20	66,7	100,0
Total	30	100,0	

TABELA 15: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DE PERCENTUAL VÁLIDO E ACUMULADO DA ESCALA DE DEPRESSÃO QUESTÕES DE 26 A 31 (N=30)

26. você frequentemente sente vontade de chorar?	Frequência	% Válido	% Acumulativo
sim	11	36,7	36,7
não	19	63,3	100,0
total	30	100,0	
27. você tem problemas para se concentrar?	Frequência	% Válido	% Acumulativo
sim	13	43,3	43,3
não	17	56,7	100,0
total	30	100,0	
28. você gosta de se levantar pela manhã?	Frequência	% Válido	% Acumulativo
sim	25	83,3	83,3
não	5	16,7	100,0
total	30	100,0	
29. você prefere evitar reuniões sociais?	Frequência	% Válido	% Acumulativo
sim	18	60,0	60,0
não	12	40,0	100,0
total	30	100,0	
30. é fácil para você tomar decisões?	Frequência	% Válido	% Acumulativo
sim	19	63,3	63,3
não	11	36,7	100,0
total	30	100,0	
31. sua mente está tão clara como costumava ser?	Frequência	% Válido	% Acumulativo
sim	11	37,9	37,9
não	18	62,1	100,0
total	29	100,0	

A Tabela 16 demonstra dados quanto ao nível de atividade física 73,3% da população idosa se encontra inativa. Nesta perspectiva, encontrou-se 23,3% moderadamente ativos e 3,3% nativos.

TABELA 16: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DE PERCENTUAL VÁLIDO E ACUMULADO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA (N=30)

Eu geralmente vou e volto do trabalho (ou escola) caminhando ou de bicicleta	Frequência	% Válido	% Acumulativo
3	3	100,0	100,0
Eu geralmente uso escadas ao invés de elevador	Frequência	% Válido	% Acumulativo
1	5	100,0	100,0
Minhas atividades diárias podem ser descritas como:	Frequência	% Válido	% Acumulativo
0	13	48,1	48,1
4	14	51,9	100,0
Total	27	100,0	
Meu trabalho inclui atividade física leve, como passear de bicicleta.	Frequência	% Válido	% Acumulativo
2	3	100,0	100,0
Ao menos uma vez por semana participo de algum tipo de dança.	Frequência	% Válido	% Acumulativo
2	2	100,0	100,0
Quando sob tensão faço exercício para relaxar.	Frequência	% Válido	% Acumulativo
1	4	100,0	100,0
Ao menos duas vezes por semana faço ginástica localizada.	Frequência	% Válido	% Acumulativo
3	1	100,0	100,0
Faço musculação duas vezes ou mais por semana.	Frequência	% Válido	% Acumulativo
4	2	100,0	100,0
Classificação da atividade física	Frequência	% Válido	% Acumulativo

Habitual			
INATIVO	22	73,3	73,3
MODERADAMEN	7	23,3	96,7
TE ATIVO			
ATIVO	1	3,3	100,0
Total	30	100,0	

4. CONCLUSÕES

O estudo com base na amostra permitiu concluir que:

Os níveis de PAS estão entre 120 mmHg e PAD 80 mmHg, com idade de menarca de 12 anos e última menstruação de 50 anos, sendo que os homens indicam a primeira ejaculação entre 11 e 14 anos e primeira relação sexual com 15 anos, com longevidade familiar acima de 80 anos, 6 horas de sono diário, ingestão de água de aproximadamente 5 copos/dia, 5 refeições diárias, a maioria não fuma e nem bebe e apresentam FC de repouso de 77bpm.

Quanto à imagem corporal percebida não estão satisfeitos com sua imagem e quanto à capacidade física percebida a maioria não tem reflexos excelentes, se consideram ágeis, não consideram o físico bastante forte, acham que podem correr rápido, não tem o controle da situação quanto a testes envolvendo suas habilidades físicas, não acham que possuem a musculatura flácida, sentem orgulho das suas habilidades esportivas e que a rapidez livrou-os de momentos desagradáveis e não agarram firme algum objeto e devido à sua agilidade, não é capaz de fazer coisas que muitos outros conseguem.

Quanto à auto-percepção e bem estar não sentem medo de ficar sozinho, mas, de cair e de ter fraturas, sair sozinho e de estar doente em uma época que poderia estar curtindo a vida. Não sentem solidão, depressão e nem insatisfação com a vida, mas de vez em quando impacientes, nervosos e que tudo exige muito esforço. Não indicam mau humor, porém se irritam, mas não sentem dificuldades para se acalmar e não sentem vergonha com a aparência e nem sente frustração, pois, não desistem facilmente das coisas, e acham que vale a pena viver e valorizam a si próprio.

Os idosos tomam conta das necessidades pessoais como vestir-se sozinho e tomam banho e usam o banheiro sozinho, caminhar fora de casa sem ajuda e fazer atividades domésticas leves como cozinhar, lavar pratos, varrer ou andar de um lado para o outro da casa, a maioria não consegue subir ou descer escadas ou marchar, mas fazem compras no supermercado ou shopping sem ajuda e informaram que podem levantar e carregar 5 kg, caminhar 6-7 quarteirões; mas não conseguem caminhar 12-14 quarteirões e nem levantar e carregar 13 kg de peso.

Quanto à auto-avaliação e capacidade funcional os idosos comem e bebem, lavam o rosto e as mãos, vão ao banheiro, levantam da cadeira, movimentam-se fora da casa em terreno plano, vestem-se e tomam banho sem ajuda e sem dificuldade, assim como entram e saem da cama sem ajuda, mas não sobem e descem escadas sem ajuda e sem dificuldade, bem como não costuma lavar e passar roupa, não realizam com ajuda ou dependem de outras pessoas para cuidar das unhas dos pés, mas realizam sem ajuda e sem dificuldade atividades LEVES de limpeza da casa e conseguem preparar as refeições, a cama, sem ajuda e com dificuldade, assim como fazem compras sem ajuda e com facilidade, porém realizam com ajuda ou dependem de outras pessoas, atividades PESADAS de limpeza da casa.

Quanto à escala de depressão verificou-se que em todos os aspectos analisados não há níveis elevados, pois estão satisfeitos com a sua vida e a consideram excitante, interessados, animados, meio inquietos e nervosos, preocupados em viver. Quanto aos níveis de atividade física a maioria está inativa. Propõe-se que as administrações públicas, principalmente nos PSF, organizem programas de atividade física, além da inclusão exercícios físicos nas programações dos Grupos de Terceira Idade.

REFERÊNCIAS

- AMORETTI, R, BRION, R. **Cardiologia do Esporte**. trad.Marcos Ikeda.1 ed. São Paulo:Manole, 2001;
- AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. ACSM's **Guidelines for exercise testing and prescription**. Baltimore: Williams e Wilkins, 2000;
- ARRONOWS WS, AHN C. ELDERLY Diabetics with Peripheral Arterial Disease and no Coronary Artery Disease have a higher Incidence of neu Coronary Events than Elderly Nondiabetics with Peripheral Arterial Disease and prior Myocardial Infarction teated with Statins an with no Lipidlowering drug. **G Gerontrol A Biol Sci Med Sci**, 2003;
- BERGONSE, F.N.,RIVITTI E. A. Avaliação da circulação arterial pela medida de Índice Tornozelo/Braço em doentes de úlcera venosa crônica. **Brás Dermatal**. 81(2):131-5; 2006;
- CIOLAC, E. G, Guimarães G. V. Exercício físico e síndrome metabólica. **Rev Bras Med Esporte**;10:319-24, 2004
- FUNDAÇÃO IBGE. **Anuário Estatístico do Brasil**. [on line]. Rio de Janeiro, 2000;
- GUIMARÃES, A. C. A. MAZO, G. Z., SIMAS, . SOARES A. Idosos praticantes de atividade física: tendência a estado depressivo e capacidade funcional. **Revista Digital - Buenos Aires - Año 10 - Nº 94 - Marzo de 2006**
- MATSUDO, Sandra M. Mahecha. **Avaliação do Idoso: física e funcional**. Editora Midiograf, 2ªed, 152p., Londrina, 2005.
- MAKDISSE, M. **Índice Tornozelo-Braquial: importância e uso na prática clínica**. Editora Segmento Framma, São Paulo, 2004;
- MONTEIRO, M. F, SOBRAL FILHO, D. C. Exercício e o controle da pressão arterial. **Rev Bras Med Esporte**;10:6:513-6, 2004
- MURABITO JM, EVANS JC, NIETO K et al. Prevalence and clinical correlates of Peripheral Arterial Disease in the Framingham Offspring Study. **Am Heart J**, 2002.
- NEWMAN, A .B;TYRREL KS. Lewis HW. Mortality over Four years in SHEP participans with Low Ankle-brachial Index. **Jam Geriatr Soc**, 1997;
- ARGIMON, IIL, STEIN, MILNITSKY, L. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. **Cad. Saúde Pública**, Fev, vol.21, no.1, p.64-72. ISSN 0102-311X. 2005

IMAMURA, ST, IMAMURA, M., HIROSE-PASTOR, E. Efeitos do envelhecimento e do exercício físico sobre o colágeno do músculo esquelético humano, **Rev Bras Reumatol** – Vol. 39 – Nº 1 – Jan/Fev, 1999

COELI, C. MEDINA, V., PEIXOTO, R., COUTINHO, ESF. Capture-recapture methodology: an option for surveillance of non-communicable diseases in the elderly. **Cad. Saúde Pública**, Out./Dec., vol.16, no.4, p.1071-1082. ISSN 0102-311X, 2000

FIRMO, JOA, UCHÔA, E, LIMA-COSTA, MF. Projeto Bambuí: fatores associados ao conhecimento da condição de hipertenso entre idosos. **Cad. Saúde Pública**, Abr, vol.20, no.2, p.512-521. ISSN 0102-311X, 2004

HOLLOSZY JO: Adaptation of skeletal muscle to endurance exercise. **Méd Sci Sports** 7: 155-164, 1975.

HOLLOSZY JO, BOOTH FW: Biochemical adaptations to endurance exercise in muscle. **Annu Rev Physiol** 38: 273-291, 1976.

LOYOLA FILHO, AI, UCHOA, E., FIRMO, JOA et al. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. **Cad. Saúde Pública**, Abr, vol.21, no.2, p.545-553. ISSN 0102-311X, 2005

LIMA-COSTA, MF, BARRETO, SM, GIATTI, L. Health status, physical functioning, health services utilization, and expenditures on medicines among Brazilian elderly: a descriptive study using data from the National Household Survey. **Cad. Saúde Pública**, June, vol.19, no.3, p.735-743. ISSN 0102-311X., 2003

MACLENNAN, WJ, HALL MRP, TIMOTHY JI, ROBINSON, M: Is weakness in old age due to muscle wasting? **Age Ageing** 9: 188-192, 1980.

OSNESS WH, ADRIAN M, CLARK B, HOEGER W, RAAB D, WISWELL R. Functional **Fitness Assessment for Adults Over 60 Years. The American Alliance For Health, Physical Education, Recreation and Dance. Association for research, administration, professional councils, and societies. Council on aging and adult development.1900**, Association Drive. Reston; 1990.

PEIXOTO, SV, FIRMO, JOA, LIMA-COSTA, MF Condições de saúde e tabagismo entre idosos residentes em duas comunidades brasileiras (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). **Cad. Saúde Pública**, Set, vol.22, no.9, p.1925-1934. ISSN 0102-311X. 2006

SILVESTRE, JÁ, COSTA NETO, MM Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Maio, vol.19, no.3, p.839-847. ISSN 0102-311X. 2003

SCLOWITZ, IKT, SANTOS, IS, SILVEIRA, MF Prevalência e fatores associados a fogachos em mulheres climatéricas e pós-climatéricas **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(2):469-481, mar-abr, 2005

STELLA, F., GOBBI, S., CORAZZA, D.I. Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física **Motriz**, Set/Dez, Vol.8 n.3, pp.91 - 98. 2002

VERAS, R. The quest for adequate health care for the elderly: literature review and the application of an instrument for early detection and prediction of diseases. **Cad. Saúde Pública**, June, vol.19, no.3, p.705-715. ISSN 0102-311X., 2003

VÄÄNÄNEN HK, LEPPILAMPI M, VUORI J, TAKALA TES: Liberation of muscle carbonic anhydrase into serum during extensive exercise. **J Appl Physiol** 61: 561-564, 1986.

>><http://www.informedgrpFamerp.br/21k,13/10/2007>

>><http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?244>

www.sbgg.org.br/publico/artigos/diabetes.asp12k

www.medicinageriatrica.com.br/2007/10/04

ANEXOS

ANEXO 01: TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE), DO CONSELHO NACIONAL DA SAÚDE –RESOLUÇÃO 196/96

Esta pesquisa intitula-se Gerontologia e atividade física: análise dos níveis de capacidade funcional de indivíduos em climatério cadastrados no programa de saúde da família (PSF) da cidade de João Pessoa-Pb e está sendo desenvolvida sob a orientação da professora Dr^a Maria do Socorro Cirilo de Sousa e alunas, médicas Dolores Ester Suassuna e Maria do Socorro Cabral Morais e Silva. **O objetivo do estudo** é analisar níveis de capacidade funcional e autonomia motora no período do climatério feminino e masculino. **A finalidade** deste trabalho é favorecer para a sociedade, principalmente os idosos, subsídios por meio da investigação em aspectos de comportamento e de hábitos, doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), níveis funcionais e de autonomia, parâmetros de orientações para que o processo de envelhecimento apresente mais condições de saúde e qualidade de vida. A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores. As atividades serão: avaliação física com o menor número de roupa possível (maio ou biquíni, mulher e sunga ou shortes para homem) para que sejam submetidas aos testes e mensuração, que consistirá de: mensuração de IMC, risco cardíaco pela circunferência de cintura e índice de cintura/quadril (ICQ), conicidade (IC) percentual de gordura %G, massa corporal magra (MCM), medidas antropométricas de massa corporal, estatura, medidas de circunferências, dobras cutâneas, diâmetros, testes físicos de resistência muscular localizada (RML), flexibilidade (FLEX), força dinâmica (FD) e estática (FE), capacidade cardiorrespiratória (CCARD), além das informações de saúde e AVD'S levantadas por questionários. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. As informações aqui solicitadas deverão ser respondidas com total veracidade e de forma voluntária e serão codificadas e apresentadas como trabalho de pesquisa e em eventos científicos, mantendo o sigilo e a integridade física e moral do indivíduo. Não haverá nenhum ônus para o participante e nos casos que sejam diagnosticados doenças ou situações que demonstrem a necessidade de atendimento específico, não serão de responsabilidade dos pesquisadores, os custos com o tratamento. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

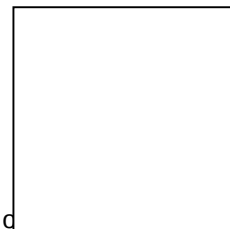
Diante do exposto, eu, _____ declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

João Pessoa, ____/____/____

Assinatura do Participante da Pesquisa ou Responsável Legal

Assinatura da testemunha para analfabeto

IMPRESSÃO DO POLEGAR DIREITO EM CASO DE ANALFABETO Contato com o
Responsável: Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a)
pesquisadora Prof. Dra. Maria do Socorro Cirilo de Sousa
Endereço: Rua Silvino Chaves, 1510, Manaíra, Pessoa – PB, Telefone: (83) 3246 4877



ANEXO 02: QUESTIONÁRIO SOBRE HÁBITOS DE VIDA, HISTÓRICO FAMILIAR DE DOENÇAS, A ANAMNESE CLÍNICA SOBRE PATOLOGIAS EXISTENTES

NÚMERO DE FICHA: _____
 NOME: _____ SEXO: MASC () FEM ()
 FONE: _____ IDADE: _____ DATA DE NASC. _____/_____/____ DATA DA COLETA: _____
 _____/_____/_____ PROFISSÃO: _____ NATURAL
 DE: _____ ESTADO: _____ GRAU DE ESCOLARIDADE: _____
 PAS: _____ mmHg PAD: _____ mmHg HORA: _____

FUMA? NÃO () SIM () ATÉ 5 IGARROS DIARIAMENTE () ATÉ 10 CIGARROS ()
) ATÉ 20 () MAIS DE 20 ()

BEBE?

REALIZOU CIRÚRGIAS?

QUAIS?

DOENÇAS FAMILIARES?

DOENÇAS ANTERIORES?

LONGEVIDADE FAMILIAR (MÉDIA DE VIDA) ?

LOCAL DE ALIMENTAÇÃO?

QUANTAS REFEIÇÕES AO DIA?

BASE ALIMENTAR?

QUANTIDADE DE ÁGUA INGERIDA AO DIA? (COPOS)

APRESENTA STRESS?

MOTIVO:

SENTE DORES?

ONDE?

QUALIDADE DO SONO?

HORAS DE SONO?

DISTÚRBIOS	SIM	NÃO	QUAL?
DISTÚRBO CARDÍACO	()	()	
DISTÚRBO PULMONAR	()	()	
DISTÚRBO DIGESTIVO	()	()	
DISTÚRBO LOCOMOTOR	()	()	
DISTÚRBO CIRCULATÓRIO	()	()	
DISTÚRBO RESPIRATÓRIO	()	()	
DIABETES?	()	()	
HIPOGLICEMIA?	()	()	
DESMAIOS?	()	()	
EPILEPSIA?	()	()	
CONVULSÕES?	()	()	
EXAMES REALIZADOS NOS ÚLTIMOS 3 MESES?	()	()	
UTILIZA-SE DE MEDICAMENTOS	()	()	
TAXA DE COLESTEROL = TAXA DE TRIGLICÉRIDES = TAXA DE GLICOSE =			Taxa de glicose =
IDADE DA MENARCA:	IDADE DA ÚLTIMA MENSTRUACÃO:		
IDADE DA PRIMEIRA EJACULAÇÃO:	IDADE DA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL:		
É ATIVO SEXUALMENTE?			
FREQÜÊNCIA CARDÍACA DE REPOUSO =			
FAZ EXERCÍCIOS?	TIPO DE EXERCÍCIO:		
DURANTE QUANTO TEMPO?			
QUANDO FAZ EXERCÍCIO FICA OFEGANTE?			
QUANDO FAZ EXERCÍCIO CONSEGUE CONVERSAR?			

ANEXO 03: CAPACIDADE FÍSICA PERCEBIDA

NOME: _____

IDADE: _____ SEXO: _____ DATA: _____

Como você avalia as suas capacidades físicas? Responda, concordando ou discordando de cada uma das frases abaixo:

- 1- FAÇO
- 2- FAÇO COM ALGUMA DIFICULDADE OU COM AJUDA
- 3- NÃO POSSO FAZER

ATIVIDADES						
1. Eu tenho reflexos excelentes (reações rápidas)	1 Discordo totalmente	2 Discordo	3 Discordo Em parte	4 Concordo Em parte	5 Concordo	6 Concordo totalmente
2. Eu não sou ágil, não faço movimentos bonitos	1 Discordo totalmente	2 Discordo	3 Discordo Em parte	4 Concordo Em parte	5 Concordo	6 Concordo totalmente
3. Meu físico é bastante forte	1 Discordo totalmente	2 Discordo	3 Discordo Em parte	4 Concordo Em parte	5 Concordo	6 Concordo totalmente
4. Não consigo correr rápido	1 Discordo totalmente	2 Discordo	3 Discordo Em parte	4 Concordo Em parte	5 Concordo	6 Concordo totalmente
5. Não me sinto no controle da situação quando faço testes envolvendo minhas habilidades físicas	1 Discordo totalmente	2 Discordo	3 Discordo Em parte	4 Concordo Em parte	5 Concordo	6 Concordo totalmente
6. Eu tenho a musculatura flácida (músculos moles, frouxos)	1 Discordo totalmente	2 Discordo	3 Discordo Em parte	4 Concordo Em parte	5 Concordo	6 Concordo totalmente
7. Não me orgulho de minhas habilidades esportivas	1 Discordo totalmente	2 Discordo	3 Discordo Em parte	4 Concordo Em parte	5 Concordo	6 Concordo totalmente
8. Minha rapidez me livrou de momentos desagradáveis	1 Discordo totalmente	2 Discordo	3 Discordo Em parte	4 Concordo Em parte	5 Concordo	6 Concordo totalmente
9. Eu agarro firme (seguro, pego)	1 Discordo totalmente	2 Discordo	3 Discordo Em parte	4 Concordo Em parte	5 Concordo	6 Concordo totalmente
10. Devido à minha agilidade, sou capaz de fazer coisas que muitos outros não conseguem (rapidez, eficiência, "esperteza")	1 Discordo totalmente	2 Discordo	3 Discordo Em parte	4 Concordo Em parte	5 Concordo	6 Concordo totalmente

ANEXO 04: AUTO-PERCEPÇÃO E BEM ESTAR

NOME: _____ **IDADE:** _____ **SEXO:** _____ **DATA:** _____

Esta escala destina-se a avaliar a percepção que você tem do seu bem-estar. Por favor, responda o questionário com máxima sinceridade. Para isto indique em cada item a letra que corresponde a como você vem se sentindo ultimamente. Coloque a sua resposta no quadrado ao lado de cada item, seguindo a classificação abaixo:

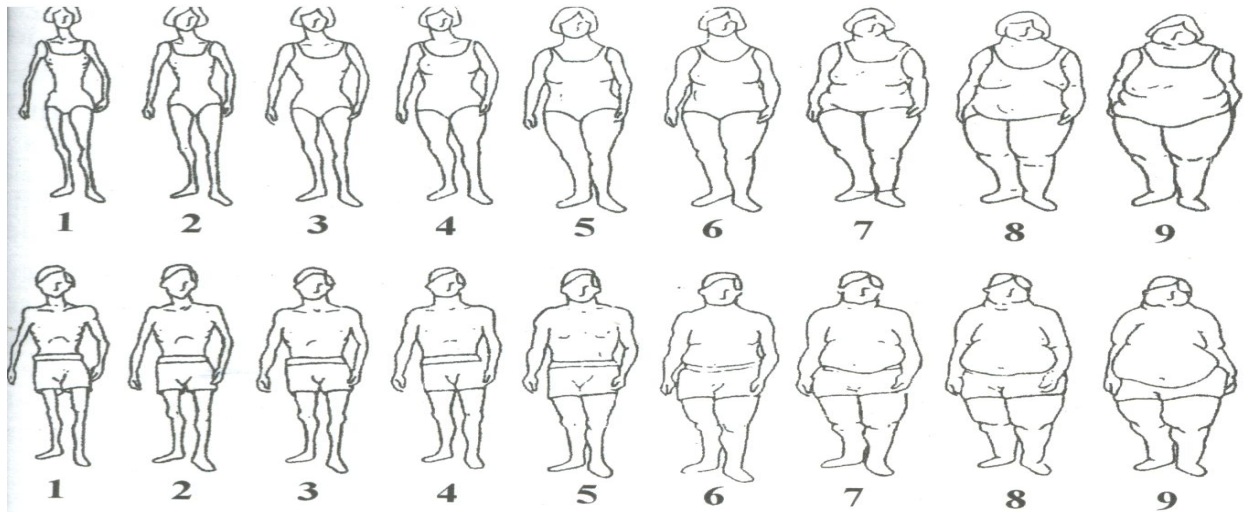
(A) NÃO SINTO ISTO; (B) SINTO ISTO DE VEZ EM QUANDO e (C) SINTO ISTO SEMPRE

ATIVIDADES	RESPOSTAS
1. Medo de ficar sozinho	
2. Medo de ter fraturas	
3. Medo de cair	
4. Medo de sair sozinho (a)	
5. Medo de estar doente em uma época que poderia estar curtindo a vida	
6. Sentir nervoso	
7. Mau humor	
8. Irritação	
9. Impaciência	
10. Depressão	
11. Dificuldades para me acalmar	
12. Insatisfação com a vida	
13. Sentir que tudo exige muito esforço	
14. Vergonha com a aparência	
15. Frustração	
16. Desistir facilmente das coisas	
17. Sentir que não vale a pena viver	
18. Solidão	
19. Desvalorização de si próprio	
20. Perda do controle da própria vida	
21. Pânico	
22. Preocupação com doenças	
23. Inquietação	
24. Pena de si mesmo	
25. Infelicidade	
26. Perda da independência	
27. Perda da autoconfiança	
28. Perda da concentração	
29. Perda da memória	

ANEXO 05: IMAGEM CORPORAL

A seguir você tem uma serie de 9 figuras para os homens e 9 figuras para as mulheres. Observe cuidadosamente cada uma das figuras de acordo com o seu sexo e responda qual o numero da figura correspondente às seguintes perguntas.

Lembre que não há respostas certas ou erradas.



1. Qual a aparência física mais se parece com você atualmente?

1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 ()

2. Qual a aparência física você gostaria de ter?

1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 ()

3. Qual a aparência física você tinha há um ano atrás?

1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 ()

**ANEXO 06: AUTO-AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL PELAS
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVD'S)**

NOME: _____
IDADE: _____ **SEXO:** _____ **DATA** _____

Por favor, indique sua habilidade para fazer cada uma das atividades que estão na lista abaixo. Sua resposta deve indicar se você PODE fazer estas atividades e não se você faz estas atividades atualmente. Faça um X na coluna de acordo com o numero escolhido.

- (1) FAÇO.
(2) FAÇO COM ALGUMA DIFICULDADE OU COM AJUDA.
(3) NÃO POSSO FAZER.

ATIVIDADES	1	2	3
1. Tomar conta das suas necessidades pessoais como vestir-se sozinho			
2. Tomar banho, usar banheiro.			
3. Caminhar fora de casa			
4. Fazer atividades domésticas leves como cozinhar, tipo o pó, lavar pratos, varrer ou andar de um lado para o outro da casa			
5. Subir e descer escadas ou marchar			
6. Fazer compras no supermercado ou shopping			
7. Levantar e carregar 5 kg (pacote de arroz)			
8. Caminhar 6-7 quarteirões			
9. Caminhar 12-14 quarteirões			
10. Levantar e carregar 13 kg de peso (uma mala media ou grande)			
11. Fazer atividades domésticas pesadas como aspirar, esfregar pisos, passar o rodo.			
12. Fazer atividades vigorosas comandar grandes distâncias, cavucar o jardim, mover objetos pesados, atividades de dança aeróbica ou ginástica vigorosa.			

CLASSIFICAÇÃO DO NIVEL FUNCIONAL PARA A ESCALA PROPOSTA POR RIKLIE JONES (MATSUDO, 2005):

AVANÇADO: realiza 12 itens sem dificuldade

MODERADO: realiza 7-11 itens sem dificuldade

BAIXO: 6 sem dificuldade ou inábil para realizar 3 ou mais AVDs carregar 5Kg, caminhar 6-7 quarteirões, fazer tarefas domesticas.

ANEXO 07: AUTO AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL

Nome _____ Idade _____ Sexo _____

Para as seguintes atividades assinale o número (1, 2, ou 3) que melhor expressa a sua CAPACIDADE de realizar essa atividade, independente de você realiza-la ou não. Numere conforme os critérios a sua capacidade de realizar essas atividades:

(1): Realiza SEM AJUDA e com facilidade

(2): Realiza SEM AJUDA mas com algum grau de dificuldade

(3): Realiza COM AJUDA ou depende de outros para realizar

ATIVIDADES	1	2	3
1. Comer e beber			
2. Lavar o rosto e as mãos			
3. Ir ao banheiro			
4. Levantar da cadeira			
5. Entrar e sair da cama			
6. Movimentar-se dentro da casa			
7. Vestir-se			
8. Tomar Banho			
9. Mover-se de fora da casa em terreno plano			
10. Subir e descer escadas			
11. Cuidar dos pés e das unhas			
12. Atividades LEVES de limpeza da casa			
13. Preparar jantar			
14. Preparar café da manhã e almoço			
15. Arrumar a cama			
16. Lavar e passar roupa			
17. Fazer compras			
18. Atividades PESADAS de limpeza da casa			

ANEXO 08: ESCALA DE DEPRESSÃO

Nome _____ Idade _____ Sexo _____

Para cada uma das seguintes alternativas escolha a melhor resposta como você tem se sentido na última semana:

ATIVIDADES	SIM	NÃO
1. Está satisfeito com sua vida?		
2. Você tem deixado muitos dos seus interesses e atividades?		
3. Você sente que sua vida está vazia?		
4. Sente-se aborrecido frequentemente?		
5. Você está cheio de esperança em relação ao futuro?		
6. Você está aborrecido com pensamentos que não consegue tirara da cabeça?		
7. Você está animado na maior parte do tempo?		
8. Você teme que alguma coisa ruim vai acontecer com você?		
9. Você se sente feliz a maior parte do tempo?		
10. Você se sente desamparado frequentemente?		
11. Você frequentemente fica inquieto e nervoso?		
12. Você prefere ficar em casa em lugar de sair e fazer coisas novas?		
13. Você se preocupa frequentemente em relação ao futuro?		
14. Você sente que tem mais problemas com a memória do que os outros?		
15. Você acha que é maravilhoso estar vivo agora?		
16. Você frequentemente se sente deprimido ou melancólico?		
17. Você se sente inútil do jeito que você está agora?		
18. Você se preocupa bastante com o passado?		
19. Você acha a vida bem excitante?		
20. É difícil para você se envolver com novos projetos?		
21. Você se sente cheio de energia?		
22. Você sente que a sua situação não tem esperança?		
23. Você acha que a maioria das pessoas é melhor do que você?		
24. Você fica perturbado com pequenas coisas?		
25. Você frequentemente sente vontade de chorar?		
26. Você tem problemas para se concentrar?		
27. Você gosta de se levantar pela manhã?		
28. Você prefere evitar reuniões sociais?		
29. É fácil para você tomar decisões?		
30. Sua mente está tão clara quanto costumava ser?		

ANEXO 08: NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA

Você é fisicamente ativo (a)?

Para cada questão respondida SIM, marque os pontos indicados a direita. A soma dos pontos é um indicativo de quão ativo (a) você é. A faixa ideal para a saúde da maioria das pessoas é a de ativo (a) – 12 a 20 pontos.

Atividade ocupacional diárias	Pontos
1. eu geralmente vou e volto do trabalho (ou escola) caminhando ou de bicicleta (ao menos 800 m cada percurso)	3
2. eu geralmente uso as escadas ao invés do elevador.	1
3. minhas atividades diárias podem ser descritas como:	
a. passo a maior parte do tempo sentado e, quando muito, caminho distâncias curtas.	0
b. na maior parte do dia realizo atividades físicas moderadas, como caminhar rápido ou executar tarefas manuais.	4
c. diariamente realizo atividades físicas intensas (trabalho pesado).	9
Atividades de lazer	
4. meu trabalho inclui atividade física leves, como passear de bicicleta ou caminhar (duas ou mais vezes por semana).	2
5. ao menos uma vez por semana participo de algum tipo de dança.	2
6. quando sob tensão, faço exercícios para relaxar.	1
7. ao menos duas vezes por semana faço ginástica localizada.	3
8. participo de aulas de ioga ou tai-chi-chuan regularmente.	2
9. faço musculação duas ou mais vezes por semana.	4
10. jogo tênis, basquete, futebol ou outro esporte recreacional, 30 minutos ou mais por jogo:	
a. uma vez por semana.	2
b. duas vezes por semana.	4
c. três vezes por semana.	7
11. participo de exercícios aeróbicos fortes (correr, pedalar, remar, nadar) 20 minutos ou mais por sessão:	
a. uma vez por semana.	3
b. duas vezes por semana.	6
c. três ou mais vezes por semana.	10
Total de pontos	
	0 – 5 pontos: inativo
CLASSIFICAÇÃO	6 – 11 pontos: moderadamente ativo
	12 – 20 pontos: ativo
	21 ou mais pontos: muito ativo