

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA  
CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA

ANALISE DA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS ATIVOS DO CPI  
(CLUBE DA PESSOA IDOSA)

ANGÉLICA DA SILVA CAVALCANTI

**JOÃO PESSOA/PB**

**2011**

ANGELICA DA SILVA CAVALCANTI

ANALISE DA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS ATIVOS DO CPI  
(CLUBE DA PESSOA IDOSA)

Monografia apresentada ao curso de Licenciatura em Educação Física do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, como exigência parcial para obtenção do grau de Licenciado em Educação Física.

ORIENTADOR: Prof. Esp. Leandro Baptista de Carvalho Filho.

**JOÃO PESSOA /PB**  
**2011**

C376a Cavalcanti, Angélica da Silva.  
Análise da qualidade de vida dos idosos ativos do CPI  
(Clube da Pessoa Idosa) / Angélica da Silva Cavalcanti.-  
João Pessoa, 2011.  
57f. : il.

Orientador: Leandro Baptista de Carvalho Filho

Monografia (Graduação) – UFPB/CCS

1. Educação Física – Idosos. 2. Idosos – qualidade de vida. 3. Idosos – estilo de vida. 4. Atividade física – idosos.

UFPB/BC

CDU: 796-053.9(043.2)

ANGÉLICA DA SILVA CAVALCANTI

ANALISE DA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS ATIVOS DO CPI  
(CLUBE DA PESSOA IDOSA)

Monografia apresentada ao curso de Licenciatura em Educação Física do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, como exigência parcial para obtenção do grau de Licenciado em Educação Física.

Data da defesa: ---- de ----- de -----

Resultado: -----

Banca Examinadora

Nome do Orientador                      Prof. Esp. Leandro Baptista de Carvalho  
UFPB/CCS/DEF

Nome Membro da Banca                Prof. Ms. Valter Azevedo Pereira  
UFPB/CCS/DEF

Nome Membro da Banca                Prof.<sup>a</sup> Caroline de Oliveira Martins

Dedico este trabalho a meu avó Antonio Teodosio da Silva (in memoriam) que abdicou de maus hábitos para contemplar de uma vida saudável estando presente entre nós até seus 94 anos.

## AGRADECIMENTOS

A Deus por me guiar a caminhos certos, mostrando sempre um meio para superação dos obstáculos.

A minha mãe que sempre me apoiou e incentivou.

A meus irmãos que sempre estiveram prontos a me ajudar no que fosse preciso.

Ao meu marido que passou noites em claro me ajudando a construção e termino dessa pesquisa.

Ao meu Orientador que sempre esteve me auxiliando e orientando nessa pesquisa

A todos que fazem parte do DEF que de certa forma estiveram presente em minha vida acadêmica.

Aos Idosos que além de me ajudar colaborando nos questionários me mostrou que devemos adquirir bons hábitos para que possamos gozar de uma velhice saudável.

## RESUMO

O termo qualidade de vida vem sendo um dos temas mais abordados devido a sua grande importância com relação à longevidade. O conceito de qualidade de vida é diferente de pessoa para pessoa e tende a mudar ao longo da vida de cada um. Há um consenso em torno da idéia que são múltiplos os fatores que determinam a qualidade de vida de pessoas ou comunidades. Os maiores riscos para a saúde e o bem estar, tem origem no próprio comportamento individual. Existem assim, fatores positivos e negativos no nosso estilo de vida que comprovadamente afetam a nossa saúde e bem estar a curto ou longo prazo. A qualidade de vida das pessoas está diretamente relacionada aos fatores mencionados no pentaculo do bem estar (nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamento e stress). A pesquisa foi composta de 30 idosos praticantes de atividade física do clube da pessoa Idosa – CPI, localizado na cidade de João Pessoa-PB no bairro do Altiplano, com idade entre 60 a 69 anos de ambos os gêneros. A coleta se deu em Outubro de 2010 no período da manhã. O presente estudo teve como objetivo analisar a qualidade de vida dos idosos ativos do CPI com através do questionário pentáculo do bem estar. Através dos componentes foi possível avaliar o estilo de vida dos idosos identificando os aspectos positivos e negativos para uma boa qualidade de vida. Os resultados indicam que os idosos cada dia mais vem se preocupando com o estilo e a qualidade de vida, proporcionando assim um envelhecimento saudade.

Palavras chave: Pentaculo do bem estar. Idosos. Qualidade de vida.

## **ABSTRACT**

The term quality of life has been one of the topics most discussed because of its great importance in relation to longevity. The concept of quality of life is different from person to person and tends to change over the life of each one. There is a consensus around the idea that there are multiple factors that determine the quality of life of people or communities. The major risks to health and well being, comes from the individual's behavior. There are so positive and negative factors in our lifestyle known to affect our health and wellbeing in the short or long term. The quality of life is directly related to the factors mentioned in the pentacle of welfare (nutrition, physical activity, preventive behavior, relationships and stress). The survey consisted of 30 elderly physically active Club Gerry - CPI, located in the city of Joao Pessoa in the neighborhood of Highland, aged 60 to 69 years for both genders. The gathering took place in October 2010 in the morning. This study aimed to analyze the quality of life for active seniors with the CPI through the questionnaire pentacle of well being. Through the components was possible to assess the lifestyle of the elderly by identifying the positive and negative aspects to a good quality of life. The results indicate that the elderly has become increasingly concerned about the style and quality of life, providing an age longing.

**Keywords:** Pentacle of well being. Elderly. Quality of life.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Componente Nutrição – questão a -----	37
Gráfico 2 Componente Nutrição – questão b -----	38
Gráfico 3 Componente Nutrição – questão c -----	38
Gráfico 4 Componente Atividade Física – questão d -----	39
Gráfico 5 Componente Atividade Física – questão e -----	40
Gráfico 6 Componente Atividade Física – questão f -----	41
Gráfico 7 Componente Comportamento Preventivo – questão g -----	42
Gráfico 8 Componente Comportamento Preventivo – questão h -----	43
Gráfico 9 Componente Comportamento Preventivo – questão i -----	43
Gráfico 10 Componente Relacionamento Social – questão J -----	44
Gráfico 11 Componente Relacionamento Social – questão k -----	45
Gráfico 12 Componente Relacionamento Social – questão l -----	46
Gráfico 13 Componente Estresse – questão m -----	47
Gráfico 14 Componente Estresse – questão n -----	47
Gráfico 15 Componente Estresse – questão o -----	48

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	10
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b>	13
2.1 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	13
2.2 ESTILO DE VIDA	15
2.2.1. Componente Nutrição	18
2.2.2. Componente Atividade Física	20
2.2.3. Componente Comportamento Preventivo	23
2.2.4. Componente Relacionamento	25
2.2.5. Componente Estresse	28
2.3. QUALIDADE DE VIDA	31
2.3.1. Qualidade de vida, Estilo de vida e Saúde	33
<b>3. OBJETIVOS</b>	35
3.1. OBJETIVO GERAL	35
3.2. OBJETIVO ESPECIFICO	35
<b>4. METODOLOGIA</b>	36
4.1. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	36
4.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA	36
4.3. INSTRUMENTOS DE INVESTIGAÇÃO	36
4.4. PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	37
4.5. ANÁLISE DOS DADOS	37
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSOES</b>	38
5.1. NUTRIÇÃO	38
5.2. ATIVIDADE FÍSICA	39
5.3. COMPORTAMENTO PREVENTIVO	42
5.4. RELACIONAMENTO SOCIAL	44
5.5. STRESS	46
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	49
<b>7. REFERENCIAS</b>	51
<b>ANEXOS</b>	58



## 1. INTRODUÇÃO

Segundo Simão (2004), o envelhecimento acarreta uma série de alterações fisiológicas que, progressivamente, diminuem a capacidade funcional dos indivíduos. A manutenção ou melhoria desta capacidade é muito importante, pois permite maior independência do idoso na execução das atividades da vida diária (AVDS). Outra consequência do processo de envelhecimento é o declínio gradual da capacidade de desempenho muscular, provocando a redução da aptidão funcional e do desempenho físico, pois a força está associada à quantidade de atividades cotidianas.

Podemos conceituar o envelhecimento como “um processo lento, mas dinâmico, sendo influenciado por diversos fatores internos e externos, incluindo a programação genética e os ambientes físicos e sociais (HEIKKINEN, 2003). Diante disto envelhecer é um processo da vida inteira. É multidimensional e multidirecional, uma vez que varia no ritmo e no sentido das mudanças (ganhos e perdas) nas diversas características de cada indivíduo e entre indivíduos. Assim, o envelhecimento deve ser visto num âmbito que percorre desde o nascimento até a morte do ser humano.

“O ser humano nasce, cresce, amadurece e envelhece. Deve-se aceitar todo o processo e adaptar-se física e psicologicamente a cada uma de suas etapas. À medida que o mesmo torna-se adulto, essa evolução é mais lenta, ou, ao menos, mais latente.” PONTE GEIS (2003).

Dados do IBGE revelam que a sociedade apresenta-se em constante evolução, despertando desta forma interesse e preocupações em vários âmbitos, modificando-se a cada momento conforme a mudança da população. Alguns temas despertam maiores interesses, tais como: o cuidado com o corpo, a melhora da qualidade de vida a vivência de uma vida saudável e independente.

A expectativa de vida nas sociedades antigas era extremamente reduzida em relação à atual por problemas de saúde pública, doenças endêmicas e epidêmicas e baixo grau de educação das populações. A melhora nessas condições repercutiu não só no aumento da população idosa em todo o mundo, como também no envelhecimento com qualidade (AZEVEDO et al.,2005).

Existem muitas formas de entender o aumento da população idosa. Desde as

teorias que citam fenômenos de modo isolado, bem como aquelas mais unificadoras. As melhorias das estruturas dos sistemas de saúde, aliadas aos incrementos das infra-estruturas de saneamento e habitação e às mudanças sociais nas áreas de educação, percepção e comportamento, ligados às áreas de saúde, tiveram papéis fundamentais na maior longevidade (MURRAY; CHEN, 1993). De acordo com essas mudanças no comportamento da sociedade podemos compreender melhor como a população idosa pode melhorar sua qualidade de vida.

Com os avanços da medicina e as melhorias nas condições gerais de vida da população repercutem no sentido de elevar a média de vida do brasileiro (expectativa de vida ao nascer) de 45,5 anos de idade, em 1940, para 73 anos, em 2009. Apesar dos avanços nos últimos anos, a expectativa de vida do brasileiro continua abaixo de outros países em desenvolvimento como Venezuela (73,8), Argentina (75,2), México (76,1), Uruguai (76,2) e Chile (78,5). No Japão, a esperança de vida ao nascer é a maior do planeta, segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU), de 82,7 anos, seguido de Islândia, França, Canadá e Noruega. Nos Estados Unidos, a expectativa média de vida é de 79,2 anos.

De fato, as pessoas têm vivido mais e a preocupação com a saúde e uma vida com qualidade está cada dia maior. No entanto para NAHAS (2006), o conceito qualidade de vida é diferente de pessoa para pessoa e tende a mudar ao longo da vida de cada um. Existe, porém, consenso em torno da idéia de que são múltiplos os fatores que determinam a qualidade de vida de pessoas ou comunidades. A combinação desses fatores que moldam e diferenciam o cotidiano do ser humano, resultam numa rede de fenômenos e situações que, abstratamente, pode ser chamada de qualidade de vida. Em geral, associam-se a essa expressão fatores como: estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, disposição, prazer e até espiritualidade.

Pesquisas em diversos países, inclusive no Brasil, tem mostrado que o estilo de vida, mas do que nunca, passou a ser um dos mais importantes determinantes da saúde de indivíduos, grupos e comunidades (NAHAS, 2001). O estilo de vida ativo passou a ser considerado fundamental na promoção da saúde e redução da mortalidade por todas as causas. De fato, para grande parte da população, os maiores riscos para a saúde e bem estar, tem origem no próprio comportamento individual, resultante tanto da informação e vontade da pessoa, como também das oportunidades e barreiras presentes na realidade social.

É a partir deste contexto que o objetivo deste estudo é a análise da qualidade de vida dos idosos ativos do Clube da pessoa Idosa, tendo como objetivo específico a avaliação do estilo de vida e das variáveis (nutrição, comportamento preventivo, relacionamento social e controle do estresse).

A importância deste presente estudo encontra-se na necessidade de conhecer o comportamento diante das variáveis identificando os aspectos positivos e negativos em seu estilo de vida para poder tomar as decisões que possam levar a uma vida com mais qualidade.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1. PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Existem muitas teorias que abordam o envelhecimento e tentam definir quando uma pessoa é considerada idosa. Alguns autores defendem a idéia de que o envelhecimento é um processo individual e constante, e que o individuo não pode ser dividido em fases. É, portanto um processo adaptativo que depende de fatores genéticos, biológicos e socioculturais (KIMMEL, 1990; NERI, 1995) e se manifesta em todos os domínios da vida deste individuo (CHEICK et al, 2003).

Apesar das muitas tentativas de caracterização, conceituação e delimitação do envelhecimento, não há um padrão universalmente aceito (VERAS, 1994; SPIRDUSO, 2005). Diante de vários conceitos pode ser utilizado de modo oficial pela a organização mundial de saúde (OMS) que idoso é o individuo com idade igual ou superior a 65 anos residentes em países desenvolvidos e com 60 anos ou mais para países em desenvolvimento (MAZO, LOPES; BENEDETTI, 2001). Essas diferenciações na conceituação parecem levar em conta fatores que tem atuação direta na qualidade de vida dos indivíduos, como diferenças econômicas, políticas, culturais, sociais e ambientais dos países (BENEDETTI, 2001).

Iniciando aos 30 anos de idade, o envelhecimento prossegue num ritmo de 1% ao ano, podendo sofrer uma aceleração quando não estiver associado a bons hábitos e a um programa de atividades físicas. A partir daí nosso corpo começa a apresentar alguns indicadores do processo de envelhecimento. Atualmente o Brasil possui cerca de 9,6 % de indivíduos com 60 anos ou mais (13ª posição no ranking mundial de países com maior contingente populacional de idosos) e, segundo dados do IBGE demonstram que a população idosa (acima de 60 anos) cresce em velocidade 3 vezes maior do que a população adulta, fazendo com que estimativas atuais, projetem o Brasil para o ano de 2025 ocupando o 6º lugar no ranking mundial entre e os países mais populosos em idosos em todo o mundo. Para esta época, prevê-se que 15% da população brasileira estarão acima de 60 anos.

De acordo com Singer (1982) a chegada à terceira Idade traz consigo limitações sobre um corpo já muito vivido. Não se tem a mesma vitalidade, rapidez dos movimentos e do raciocínio, a mesma coordenação motora da época de juventude. Há mais tempo disponível, mas os idosos muitas vezes não sabem o que fazer com esse tempo.

O envelhecimento é marcado por um decréscimo das capacidades motoras, redução da força, flexibilidade, velocidade e dos níveis de  $VO_2$  máximo, dificultando a realização das atividades diárias e a manutenção de um estilo de vida saudável (MARQUES, 1996). Ocorrem alterações fisiológicas durante o envelhecimento que podem diminuir a capacidade funcional, comprometendo a saúde e qualidade de vida do idoso. Essas alterações acontecem: ao nível do sistema cardiovascular; no sistema respiratório com a diminuição da capacidade vital, da frequência e do volume respiratório; no sistema nervoso central e periférico, onde a reação se torna mais lenta e a velocidade de condução nervosa declina e; no sistema músculo esquelético pelo declínio da potencia muscular, não só pelo avanço da idade, mas pela falta de uso e diminuição da taxa metabólica basal (FARO JR. LOURENÇO & BARROS NETO, 1996c; MATSUDO & MATSUDO, 1992; SKINNER, 1991).

Do ponto de vista fisiológico, o envelhecimento é um processo que não ocorre necessariamente em paralelo ao avanço da idade cronológica, apresentando uma serie de modificações nos diferentes sistemas do organismo, seja a nível antropométrico, muscular, cardiovascular, pulmonar, neural ou de outras funções orgânicas que sofrem efeitos deletérios, além do declínio das capacidades funcionais e modificações no funcionamento fisiológico (VIRTUOSO JR & TRIBESS, 2005). Com o avanço da idade o organismo é o que mais sofre com mudanças.

O organismo humano, desde sua concepção até a morte, passa por diversas fases: desenvolvimento, puberdade, maturidade ou estabilização e envelhecimento. E de maneira semelhante às outras fases do desenvolvimento, o envelhecimento também é marcado fundamentalmente por uma série de mudanças que vão desde o nível molecular até o morfofisiológico. Essas mudanças têm início relativamente cedo, ao final da segunda década da vida, perdurando por longo tempo pouco perceptível, até que surjam, no final da terceira década, as primeiras alterações funcionais e/ou estruturais atribuídas ao envelhecimento (CARVALHO FILHO *et*, 2000 p6). Em animais complexos, incluindo

os seres humanos, o processo de envelhecimento é inexorável. Tal processo condiciona a um progressivo decréscimo na capacidade fisiológica e na redução da habilidade de respostas ao estresse ambiental, levando a um aumento da suscetibilidade e vulnerabilidade a doenças. Somente na segunda metade do século passado é que o estudo do envelhecimento e doenças associadas abandonou a província das especulações, e os estudos experimentais e clínicos multiplicaram-se. Em seguida, muitos aspectos do envelhecimento e do idoso passaram a ser discutidos e mais bem conhecidos, permitindo, então, que o estudo aprofundado do fenômeno envelhecimento passasse para ramo central do desenvolvimento científico.

## 2.2 ESTILO DE VIDA

Por estilo de vida, entende-se o conjunto de ações cotidianas que refletem as atitudes e valores das pessoas. As ações cotidianas, as quais se chamam de hábitos, juntamente com as ações conscientes estão associadas à percepção de qualidade de vida que as pessoas trazem consigo mesmo. Os diversos componentes indicativos do estilo de vida podem variar ao longo dos anos.

No entanto, o indivíduo, conscientemente, deve reconhecer um valor no comportamento que se precise cessar ou incrementar no conjunto das ações, além de perceber-se como capaz de realizar as mudanças almejadas (SALLIS & OWEN, 1999).

Para caracterizar o estilo de vida Gonçalves & Vilarta (2004) afirma que o estilo de vida como os hábitos aprendidos e adotados durante toda a vida, relacionados com a realidade familiar, ambiental e social, resultando da integração de diversos fatores que compõe a existência humana. De fato, vários autores concordam que diversos hábitos influenciam no estilo de vida das pessoas e das coletividades, conseqüentemente nas ações realizadas em seu meio. No entanto, vale ressaltar que é um imenso desafio propor que pessoas situadas em algumas condições materiais adversas, dentro de processos culturais e educacionais distintos, modifiquem e se mantenham dentro de uma nova condição de prática de hábitos saudáveis.

Por outro lado, Lessa (1999), Minayo, Hartz, Buss (2000) lembra que o estilo de vida inclui hábitos e comportamentos autodeterminados, adquiridos social ou culturalmente, de modo individual ou em grupos, sugere ainda que, quando se trata de estilo de vida pressupõe-se que o indivíduo tem controle sobre suas ações, e que estas podem ser prejudiciais ou benéficas à saúde.

O estudo toma como norteador do estilo de vida Sallis e Owen (1999) apud Nahas et al. (2000), o estilo de vida representa o conjunto de ações cotidianas que reflete nas atitudes e valores das pessoas. Nahas (2001) relata que pesquisas em diversos países, inclusive no Brasil, têm mostrado que o estilo de vida passou a ser um dos mais importantes determinantes da saúde de indivíduos, grupos e comunidades. Até o início deste século, passou-se por um período no qual predominantemente, a saúde pública se assentava em ações de melhoria

ambiental, causa principal da mortalidade. Paralelamente às ações da saúde pública no século XX, especialmente a partir dos anos 40, teve-se um desenvolvimento impressionante da medicina que permitia o controle, ou mesmo a erradicação de diversas doenças infecto- contagiosas. Observa-se então uma verdadeira revolução na saúde pública nos países mais desenvolvidos, com destaque para a prevenção e a promoção de hábitos de vida saudáveis.

De acordo com Nahas (2001), o estilo de vida passou a ser considerado fundamental na promoção da saúde e redução da mortalidade por todas as causas. Para a maior parte da população, os maiores riscos para a saúde e o bem estar advém do próprio comportamento individual, resultante tanto da informação e vontade da pessoa, como também das oportunidades e barreiras sociais presentes.

O estilo de vida moderno, principalmente nas grandes cidades, tende a contribuir para o sedentarismo e obesidade da população. Pollock e Wilmore (1993) citam que o avanço tecnológico vem transformando os cidadãos, que eram fisicamente ativos, em pessoas com pouca ou nenhuma oportunidade para o envolvimento em programas de atividades físicas. Questionam se as facilidades da vida moderna levam a uma vida com mais qualidade e produtividade, se o estilo de vida sedentário estaria contribuindo para um novo conjunto de problema como coronariopatias, hipertensão, obesidade, ansiedade, depressão e problemas da coluna vertebral.

Entretanto existem fatores positivos e negativos no estilo de vida que comprovadamente afetam a saúde e bem estar dos indivíduos, a curto e longo prazo. Principalmente a partir da meia idade (40-60 anos). A mobilidade, a autonomia e a qualidade de vida das pessoas estão diretamente associadas aos fatores do estilo de vida, como os mencionados ao Pentágulo do Bem Estar (NAHAS, 2001).

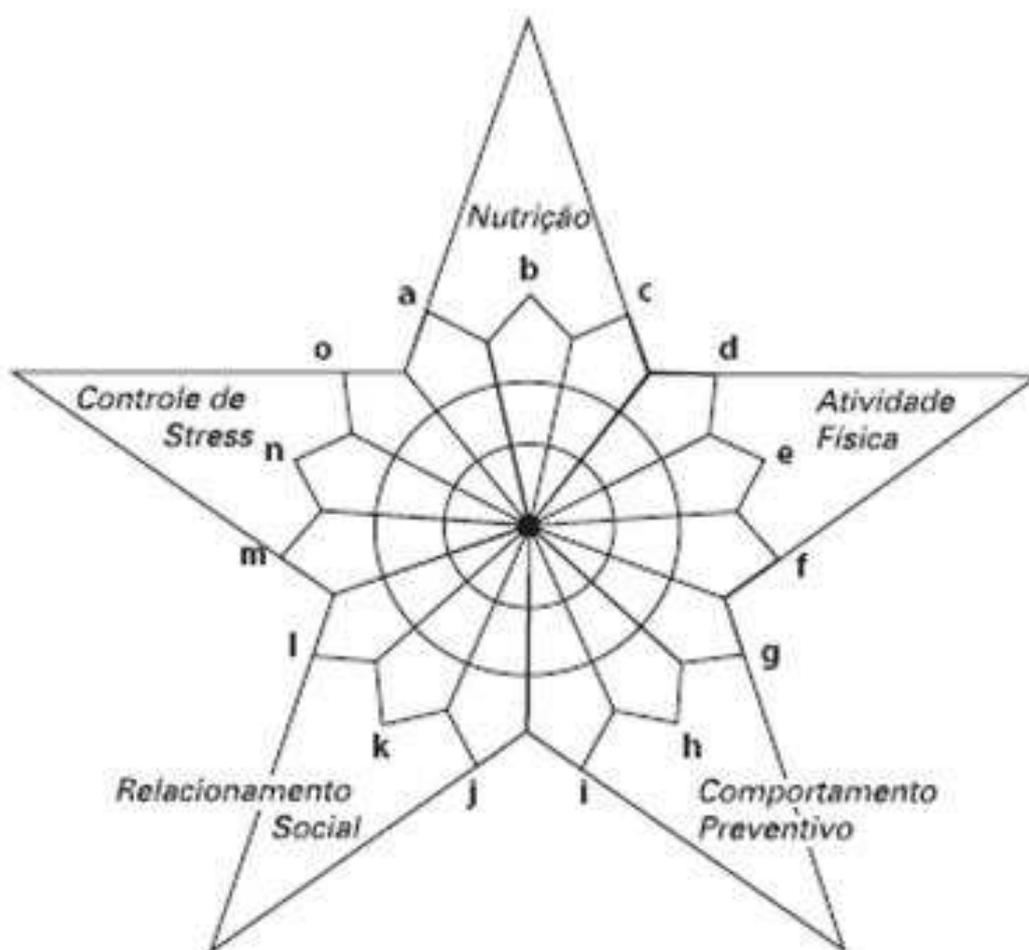


FIGURA 1- O Pentágulo do Bem Estar (NAHAS, 2001)

Nesta perspectiva valorizam-se elementos que contribuem para o bem-estar pessoal, dentre eles: o controle do stress, a nutrição equilibrada e adequada, a atividade física habitual, os comportamentos preventivos a doenças e o cultivo de relacionamentos sociais (NAHAS, 2001). Um estilo de vida inadequado pode estar associado a diversos agravos a saúde, a exemplo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT's, entre elas o aumento da massa corporal total, que geralmente é acompanhada por níveis pressóricos altos, taxas de colesterol sanguíneo elevada, diabetes, entre outras (NETO & MIRANDA, 2003).

### 2.2.1. Componente Nutrição

De acordo com Nahas (2001), há milênios o homem tem observado os efeitos dos alimentos na prevenção e cura de doenças. A evolução e o progresso fizeram com que os hábitos alimentares e os tipos de doenças mais prevalentes também mudassem, e isso aconteceu de forma muito acentuada no último século.

Para tornar-se ou manter-se saudável, o nosso corpo precisa de oferta adequada de alimentos saudáveis. Uma boa nutrição fornece ao organismo nutrientes para produzir ou reparar tecidos, manter o sistema imunitário saudável e permite ao corpo executar tarefas diárias com facilidade. A alimentação pouco saudável e a falta de atividade física são, pois, as principais causas das doenças não transmissíveis mais importantes, como as cardiovasculares, a diabetes tipo 2 e determinados tipos de câncer, e contribuem substancialmente para a carga mundial de morbidade, mortalidade e incapacidade. Outras doenças relacionadas com a má alimentação e a falta de atividade física, como a cárie dental e a osteoporose, são causas muito maiores de morbidade (OMS, 2004).

Uma alimentação correta aliada a atividades físicas regulares diminui os riscos de obesidade e outras doenças crônicas. A obesidade se não controlada associada ao sedentarismo acaba gerando uma situação de balanço energético positivo, que potencializa o risco de doenças cardiovasculares, hipertensão arterial e diabetes mellitus (NIEMAN, 1999).

O fracionamento das refeições ao longo do dia ajuda a reduzir a fome e evitar uma supercompensação nas próximas refeições além de demonstrarem uma relação inversa entre peso corporal e adiposidade, e a frequência alimentar (METZNER, 1997; DRUMMOND, 1998; BUNDELL, 1997). Para Kanarek (1997) o fracionamento das refeições pode também ajudar a melhorar o comportamento cognitivo e elevar o bom humor.

Desta maneira, é indicado realizar, entre as grandes refeições, pequenos lanches para que se mantenha um bom funcionamento do organismo através da escolha de alimentos saudáveis e nutritivos, sem aumentar a ingestão calórica total (FARSHCHI, 2004).

Estudos epidemiológicos demonstraram que, o fracionamento das refeições diárias, em porções comidas com maior frequência, está associado a

níveis mais baixos de colesterol sérico (EDELSTEIN, 1992; ORTEGA, 1998).

Com respeito à alimentação, devem-se incluir as seguintes recomendações, dirigidas tanto as populações quanto para as pessoas: Obter um equilíbrio e um peso normal; Limitar a ingestão energética procedente das gorduras, substituir as gorduras saturadas por gorduras insaturadas e reduzir as gorduras trans; Aumentar o consumo de frutas e hortaliças, assim como de legumes, cereais integrais e frutas secas; Limitar a ingestão de açúcares livres; Limitar a ingestão de sal (sódio) de toda procedência e consumir sal iodado (OMS, 2004).

Outro fator associado ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares é a baixa ingestão de frutas, verduras e legumes. Atualmente, considera-se que para uma alimentação balanceada é necessário ingerir ao menos 400g destes alimentos (OMS, 2005) ao dia ou 4 a 5 porções de hortaliças e de 3 a 5 porções de frutas conforme (PHILIPPI, 2003). Além disso, acrescentar nas refeições legumes, verduras e frutas aceleram o raciocínio, melhora o rendimento no esporte e aumenta a força para correr (SESI, 2006).

Apesar da discreta tendência de declínio nos casos de morte, as disfunções associadas ao sistema cardiovascular constituem uma das principais causas de morbidade e mortalidade nos países industrializados. No Brasil, estima-se que as doenças cardiovasculares (DCV) respondam por aproximadamente 20% dos óbitos por causas conhecidas em sujeitos a partir dos vinte anos de idade (LESSA, 1998).

Das variáveis ambientais envolvidas na determinação do perfil lipídico, a dieta é considerada uma das mais importantes, particularmente pela sua relação com as doenças coronarianas. Os fatores dietéticos que exercem efeitos negativos sobre o perfil lipídico são as altas ingestões de gordura saturada e de colesterol que estão associados a valores séricos elevados de colesterol total e LDL- colesterol (WHO, 2003).

Praticamente, todas as estratégias nutricionais bem aceitas pela comunidade científica, e que visam a redução dos riscos de doenças cardiovasculares e da síndrome metabólica, pregam a diminuição da proporção de gordura saturada da dieta, uma vez que este é o tipo de gordura dietética que está mais fortemente relacionado a risco cardiovascular (NIH, 2002).

Vivemos a era do Estilo de Vida e sem dúvida, o que comemos e o que fazem os têm um efeito direto em nossa saúde. Nahas (2001), os alimentos de origem vegetal ou animal, fornecem ao ser humano o nutriente necessário ao

organismo que desempenham funções específicas no corpo:

- Promover o crescimento e reparos dos tecidos (proteínas e minerais como o ferro e o cálcio);
- Regular os processos orgânicos (vitaminas e sais minerais);
- Fornecer energia para os processos vitais e exercícios físicos (carboidratos e lipídios).

### 2.2.2. Componente Atividade Física

Foss e Keteyian (2000) definem que atividade física é estar fisicamente ativo até o ponto de haver um aumento significativo no dispêndio de energia durante o trabalho, nas atividades sistemáticas da vida diária, ou por ocasião do lazer.

Estudos de Nahas (2001) têm demonstrado que as pessoas inativas fisicamente (sedentárias) ou irregularmente ativas podem ter benefícios para sua saúde e bem-estar se incorporarem alguma atividade física regular, mesmo de intensidade moderada.

A atividade física é o movimento corporal humano que envolve um gasto energia superior ao gasto energético da situação de repouso. Quando o nível do movimento humano ultrapassa os patamares iniciais do corpo em repouso, intensificando-os, pode ser situada como atividade física (SABA, 2001).

O exercício físico na terceira idade pode trazer benefícios tanto físicos, como sociais e psicológicos contribuindo para um estilo de vida mais saudável dos indivíduos que a praticam. Alguns dos efeitos salutares da atividade física são: o aumento do HDL- colesterol, redução da pressão arterial, redução da gordura corporal, aumento da massa muscular, além de funcionar como um estímulo hormonal e imunológico. Sendo assim, a prática de exercícios físicos atua na profilaxia de doenças melhorando os fatores de risco para o desenvolvimento de diversas patologias (CRUZ, GUERRA, MENEZES, OLIVEIRA)

Em 1995, Pate *et al*, junto ao Centro de Controle e Prevenção de Doenças e o American College of Sports Medicine, reuniram-se com diferentes profissionais da área para planejar a quantidade e tipo de atividade física que seria interessante

para a comunidade, visando à promoção da saúde e prevenção de doenças crônico-degenerativas. Com isso foi elaborado um documento que recomenda um mínimo de 30 minutos ou mais de atividade física vigorosa ou moderada/dia, podendo ser dividido em três vezes ao dia, ou seja, três sessões de 10 minutos. E aquelas pessoas que fazem atividades de baixa intensidade, devem permanecer se exercitando por mais tempo.

O sedentarismo é considerado um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, tendo como uma de suas principais conseqüências, as doenças cardiovasculares (AROUCA, 2003). Essas doenças tornam-se um paradigma que relaciona a exposição ao efeito, entendendo exposição como uma rede multicausal de fatores determinantes das doenças (BREIH, 1996; DA ROS 2000).

Estudos demonstram que a prática regular de atividade física durante 90 a 120 minutos semanais também promove a melhora da composição corporal, a diminuição de dores articulares, o aumento da densidade mineral óssea, a melhora da utilização de glicose, a melhora do perfil lipídico, o aumento da capacidade aeróbia, a melhora de força e de flexibilidade, a diminuição da resistência vascular, diminuição da manifestação de certos tipos de câncer, entre outros. E, como benefícios psicossociais encontram-se o alívio da depressão, o aumento da autoconfiança, a melhora da auto-estima (GOLDBERG, 2001; FANCHI, 2005).

Uma pessoa que realiza atividade física em grupo e se percebe integrada ao mesmo dificilmente se sentira só. O homem é incontestavelmente um ser social, pois é feito para a relação com outros homens (CAGIGAL, 1981; NAHAS et al, 2003; SABA, 2001; WEINBERG; GOULD, 2001).

Um programa regular de exercícios traz benefícios em qualquer idade. Mas para a população idosa esses benefícios se multiplicam. Na prática de algum tipo de atividade física é notório a melhora da qualidade de vida dos idosos, aumentando a resistência e força muscular necessária para realização de tarefas comuns, como pegar um neto no colo ou ir ao supermercado. De forma geral, a atividade física pode trazer resposta muscular rápida e eficiente. Tanto é verdade que centros especializados de reumatologia estão investindo em espaços destinados ao condicionamento físico na terceira idade, onde desenvolvem um programa elaborado sob medida para cada necessidade e oferecem orientação adequada de profissionais da área.

Porém maiores benefícios para a saúde podem ocorrer quando aumentamos a quantidade de atividades físicas realizadas (intensidade, frequência, duração), respeitadas as características individuais. Pessoas inativas apresentam risco quase duas vezes superior de desenvolver doença arterial coronariana, quando comparadas às engajadas em uma atividade física regular (GHORAYEB e BARROS NETO, 1999).

A recomendação do American College of Sports Medicine e do Center for Disease Control and Prevention apud Powers e Howley (2000), é que, todo americano adulto acumule 30 minutos ou mais de atividade física de intensidade moderada (3-6 METs) no máximo, preferivelmente em todos os dias da semana.

Esta recomendação segundo Powers e Howley (2000), se baseia na observação de que o gasto calórico e o tempo total de atividade física estão associados a uma redução de doenças cardiovasculares e da mortalidade. Autores como Powers e Howley (2000), Nieman (1999), recomendam um programa de exercícios realizado 3 a 5 vezes por semana, com sessões de 20 a 60 minutos de duração, numa intensidade de aproximadamente 50 – 85% do VO<sub>2</sub> máximo, para produzir efeitos adequados sobre a função cardiovascular. A combinação entre a duração e a intensidade deve acarretar um gasto calórico de cerca de 20–300 Kcal por sessão de treinamento e é consistente com a obtenção dos objetivos de perda de peso e de redução dos fatores de risco associados à doença coronariana.

Nieman (1999), acrescenta ainda que quando a melhora da saúde é o único objetivo, a intensidade pode ser inferior a 5% do VO<sub>2</sub> máximo, com 30 minutos ou mais de atividade física acumulada no decorrer da maioria dos dias da semana. A potencialização do efeito aeróbio é conquistado com uma frequência cardíaca girando na faixa entre 70 a 85% em relação à frequência cardíaca máxima, ressaltando que este é o valor considerado ideal, não significando, contudo, que o trabalho não possa ou não deva ser realizado abaixo desta faixa.

Atividade física regular tem sido reconhecida por seus efeitos saudáveis nos praticantes (ACSM, 1998). É possível relacioná-las a alterações positivas para combater ou prevenir o aparecimento de diversas doenças, tais como: doenças cardiovasculares, a obesidade, diabetes, osteoporose, entre outras. Por esta razão sedentarismo aparece como fator de risco para essas doenças. Prescrito de forma adequada, o exercício pode melhorar a aptidão física, prevenir e auxiliar no

tratamento de diversas doenças, principalmente as de origem cardiovascular (NAHAS, 2001). Os benefícios da prática de uma atividade física regular não estão limitados à saúde física e sim em todo o ser humano de forma global.

Além dos efeitos benéficos na prevenção e controle de doença arterial coronariana e da hipertensão arterial sistêmica, a prática de atividade física regular pode também ajudar no combate a obesidade e na prevenção e controle do diabetes mellitus não insulino dependentes e da osteoporose. Associa-se também com menor prevalência de acidentes vascular cerebral, perfil lipídico mais favorável e, possivelmente, com menor risco de câncer de cólon (GHORAYEB e BARROS NETO, 1999).

Sharkey (1998) cita que a Sociedade Internacional de Psicologia do Esporte acredita que os benefícios da atividade física regular incluem um estado reduzido de ansiedade, nível diminuído de depressão leve a moderada, redução em neurose e ansiedade, auxilia no tratamento de depressão severa, reduzem o índice de estresse, promovem efeitos emocionais benéficos para todas as idades de ambos os sexos.

### 2.2.3. Componente Comportamento Preventivo

Nahas *et al* (2000) cita como um importante comportamento preventivo conhecer a pressão arterial e os níveis de colesterol. Quando esses controles não são realizados, o indivíduo fica mais suscetível aos problemas cardiovasculares, podendo ocorrer um acidente e levá-lo até a morte.

Quanto ao uso de álcool e fumo, no estudo realizado por Geraldés (2006) 100% dos indivíduos estudados apresentaram um comportamento preventivo positivo nesse aspecto. Em relação ao comportamento preventivo no trânsito, esse mesmo estudo revela que 96% afirmaram colaborar para a diminuição da probabilidade em se envolver em acidentes.

Pereira *et al* (2008), avaliando a atividade física quanto fator de comportamento preventivo, demonstrou em seu estudo que 94,1% das mulheres e 44% dos homens, que praticavam atividade física com regularidade preocupavam-se em manter níveis pressóricos e perfil lipídico em níveis

desejáveis. Verificou-se também, que os indivíduos do sexo feminino, tendem a não fumar ou ingerir álcool, ou seja, se previnem contra o tabagismo e o alcoolismo.

Minayo (1992) nos diz que o resultado das combinações da boa condição alimentar, de habitação, de renda, de emprego, de transporte, entre outros é determinam a “saúde”. Se não houver equilíbrio destes itens podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

De acordo com Nahas (2003) as atitudes preventivas tomadas principalmente a partir do século XIX e início do século XX salvaram diversas vidas e controlaram o avanço de muitas doenças. O simples fato de assumir o hábito de lavar as mãos antes e depois das refeições, lavar as frutas e verduras antes de comê-las já foi uma medida profilática no controle de diversas mazelas que até então causavam grandes problemas à saúde e levaram muitas pessoas à morte. [E foram com medidas como essas associadas a outras mais complexas como o tratamento da água, vacinas] preventivas a médicos, tratamento do esgoto entre outras que se mudou o rumo da vida de várias pessoas].

A prevenção é considerada por Nahas (2003) uma variável do estilo de vida, e, é apontado como aspecto importante para a qualidade de vida por Howley e Franks (2000 p.19) “um aspecto da qualidade de vida de um indivíduo é prevenir retardando o desenvolvimento desses problemas de saúde, prolongando as porções saudáveis e independentes da vida.

Para Nahas et al. (2000), nos dias de hoje não se pode falar de comportamentos relacionados à saúde sem incluir certos elementos que passaram a ser fundamentais na vida contemporânea. São exemplos desses comportamentos preventivos:

- Uso de cinto de segurança e a forma defensiva de dirigir, observando as regras e leis fundamentais de trânsito. Não dirigir depois de ingerir bebidas alcoólicas: risco principal: acidentes graves, muitas vezes fatais.
- Uso de protetor solar, evitando-se a exposição exagerada ao sol, principalmente no horário entre 10 e 16 horas – risco principal de envelhecimento precoce e câncer de pele.
- Uso de preservativo nas relações sexuais, principalmente em casos de múltiplos parceiros - risco principal: DST - doenças sexualmente transmissíveis como a AIDS.

Observação de princípios ergonômicos (posturas e mobiliário adequados, intervalos e variação em tarefas repetitivas, adequação de cargas) – risco MOVIMENTUM - Revista Digital de Educação Física - Ipatinga: Unileste-MG - V.1 - Ago./dez. 2006.6 principal: LER - lesões por esforços repetitivos, acidentes, incapacidade para o trabalho.

- Uso de equipamento de segurança no trabalho – risco principal: acidentes graves, até fatais.
- Não fumar – risco principal: morte prematura por diversas causas (doenças cardiovasculares, câncer).
- Ingestão moderada ou abstinência ao consumo de bebidas alcoólicas – risco principal: doenças hepáticas, câncer, problemas sociais e comportamentais.
- Não usar drogas – os riscos envolvidos com uso de drogas são de ordem psicológica, orgânica e social, geralmente associados a problema familiares, escolares, perda de emprego, debilidade física, comportamentos anti-sociais morte prematura, muitas vezes violenta.

#### 2.2.4. O Componente Relacionamento

Os indivíduos necessitam de partilhar em seu meio social, seja familiar ou profissional, de momentos de lazer, onde se desligam de problemas cotidianos (DUMAZEDIER, 1973). Estudos mostram que exercícios regulares diminuem índices de estresse, ansiedade e depressão (GOLDBERG, 2001; WEINBERG; GOULD, 2001).

É evidente que o convívio social, o grupo de amigos, a participação em atividades comunitárias e o apoio de familiares são elementos de extrema importância para que o idoso tenha um envelhecimento saudável.

Um dos problemas mais enfrentados pelo idoso é a solidão. Na senescência devido aos idosos terem perdido seu núcleo social de trabalho, onde se sentiam mais próximos à sociedade; em alguns casos a perda de seus companheiros, familiares e amigos queridos; seus filhos não costumam permanecer em casa, ou

até mesmo, não moram com eles, todos estes fatores influenciam no processo de envelhecimento, tornando-o lento ou acelerado, dependendo do modo como ocorreu esse processo (GEIS,2003).

Os idosos devem buscar estar capacitados, procurar meios de se tornarem mais autônomos, pois nessa época necessitam de um tempo de aceitação e adaptação às novas situações que conseqüentemente surgirão. Considera-se que a atividade física pode ajudar a superar, em parte, esse déficit, por ter um caráter coletivo (atividades em grupos), social, relacionamento e de movimento em atividades que podem colaborar positivamente nesse processo de adaptação.

Devido a alterações na vida do idoso, acontece, desde então, uma mudança no seu papel dentro da sociedade, com efeito psíquico e até mesmo físicos, dependendo da intensidade ou da continuidade, causando, segundo FILHO (1998), citado por SILVA (2008), insegurança, medo, tensão e inadaptação, acomodação, isolamento e sentimento de inutilidade. Na perspectiva de novas relações sociais, os idosos buscam diversas atividades com o propósito de possuir um papel social, recuperar e reconquistar o sentido da vida e da auto-estima.

Um fator que afronta o idoso, não é tanto o envelhecimento, mas as suas conseqüências, começando pela inatividade profissional, que desencadeia na maioria das vezes, um processo de regressão das aptidões físicas e mentais. Esse sentimento de solidão é traduzido inúmeras vezes pelo desfalecimento e desinteresse tanto pela vida como pelos cuidados pessoais, como higiene e alimentação.

É muito difícil, para o idoso, superar esses momentos de mudanças e aceitar que a vida está mudada, que muito mais fatores externos, como aposentadoria e ausência dos familiares, que por razões internas ou provocadas por ele mesmo, encontrar-se praticamente só. Diante da perda de entes queridos, o idoso se depara com a tão indesejada solidão, pelo fato de todas as coisas, até mesmo as mais simples, que fazem parte da vida diária, como rir, chorar, sentir, conversar, planejar, passear, não serem mais compartilhadas. É nesse momento que o indivíduo idoso se conscientiza da necessidade e importância de compartilhar. Dessa forma, busca meios que possam compensar, permitindo identificar-se com algo, alguém ou mesmo com um grupo.

Assim a atividade física na terceira idade deve ser realizada em um espaço onde a proposta desenvolvida vise o movimento, à convivência, relação e

comunicação com outras pessoas, principalmente da sua faixa etária onde se possa conversar e compartilhar histórias passadas e a serem vivenciadas. Pois a atividade física realizada em grupos de terceira idade não se limita a realização de uma série de exercícios físicos e sua mecanização, é baseada em uma prática de atividades físicas muito ampla (GEIS,2003).

Segundo CAGICAL (1981), citado por GEIS (2003), o homem é incontestavelmente um ser social, pois é feito para a relação com outros homens. E acrescenta que nas relações humanas existe a necessidade de companhia, de compaixão, a capacidade de compreensão, a importância de tolerar, a necessidade e o desejo de comunicar, a constituição da vida comunitária.

Juntamente com muitas pessoas em semelhantes condições, os idosos buscam novas possibilidades, para dar sentido às suas vidas. Começam a descobrir novas oportunidades no despertar de seus talentos, inconscientes e ignorados, que ajudam a desenvolver uma nova visão da vida, uma verdadeira reciclagem, que lhes permitem integrar-se devidamente a uma sociedade em constante processo de mutação. Afirma FILHO (1998), citado por SILVA (2008).

Diante do exposto, é visto que o contato social traz benefícios para o idoso. Identificando a importância e os benefícios da atividade física e desses grupos de convivência na terceira idade. VITOLA (2003), citado por SILVA (2008), ratifica ser importante as atividades fora do ambiente familiar, compartilhadas por pessoas de uma mesma geração. Devendo, portanto, o idoso, manter laços afetivos não apenas com seus familiares, mas também com a comunidade, com seus semelhantes, para evitar a perda da vivência social que levaria ao isolamento.

Seaward (1997) apud Nahas (2001) refere-se às questões do relacionamento consigo mesmo como política interna, e o relacionamento interpessoal e com a natureza como política externa. O autor relata ainda que diariamente tenhamos que lidar com essas questões de política interna e externa, buscando harmonia e equilíbrio em nossos relacionamentos. Ao menos por cinco minutos, a cada dia, devemos nos ater às nossas questões interiores orando, ouvindo nossa música favorita, apreciando uma bela paisagem ou simplesmente relaxando confortavelmente num ambiente calmo. Nossos relacionamentos podem ainda ser melhorado se exercitarmos os “músculos da alma”, expressão usada por Seaward (1997) apud Nahas (2001): otimismo, bom humor criatividade, curiosidade, persistência, tolerância, confiança, amor, perdão, entre muitos outros.

### 2.2.5. Componente Stress

No século XVII, o estresse era empregado na Inglaterra com o sentido de adversidade ou aflição. Em 1936, Hans Selye apud Nahas (2001), utilizou o termo estresse pela primeira vez com a conotação que se conhece hoje em dia: “estresse é a maneira como o organismo responde a qualquer estímulo – bom, ruim, real ou imaginário – que altere seu estado de equilíbrio”. De acordo com Battison, (1998), estresse é uma combinação de sensações físicas, mentais e emocionais que resultam das pressões, preocupações e ansiedade. Nahas (2001), descreve que o estresse é a alteração da homeostase (estado de equilíbrio dos vários sistemas do MOVIMENTUM - Revista Digital de Educação Física - Ipatinga: Unileste-MG - V.1 - Ago./dez. 2006.7 organismo entre si e do organismo como um todo com o meio ambiente) através de agentes estressores que provocam estímulos resultando em respostas orgânicas, com alterações nervosas e bioquímicas que visam adaptar o organismo à situação de desequilíbrio funcional e alcançar uma condição denominada homeostase dinâmica. Os sistemas hormonais e nervosos identificam qualquer alteração e comandam respostas para restabelecer a harmonia no organismo.

O estresse, não é algo que deva ser necessariamente evitado. Ele pode ser uma ameaça à saúde, mas pode, também, ser o estímulo necessário para adaptações positivas no nosso organismo. Alguns arriscam afirmar que o estresse é “o tempero da vida”. A ausência de estresse é, pois, a própria morte e de fato, em doses adequadas, é o estresse que nos mantém vivos e em constante adaptação (NAHAS, 2001).

De acordo com Baptista e Dantas (2002), as causas originárias do estresse são inúmeras, podendo algumas serem mais relevantes ou não, dependendo da forma em que o indivíduo reage aos fatores estressantes. Para Battison (1998), os fatores externos do estresse são divididos em três categorias: fatores ambientais; fatores relacionados com o trabalho; fatores químicos.

Nahas (2001), afirma que diversas doenças estão associadas aos quadros de estresse, destacando-se as doenças cardíacas, geralmente segue-se à tensão nervosa decorrente do estresse, situações de agressividade e frustração, tristeza sensação de impotência, que podem acabar somatizadas na forma de diversas

doenças, como as citadas a seguir: hipertensão arterial, infartos agudos do miocárdio, derrames cerebrais, câncer, úlceras, depressão /distúrbios nervosos, artrite, alergias, dores de cabeça.

Segundo Baptista e Dantas (2002), existem estratégias, estilos de vida e métodos eficazes na prevenção, redução e controle do estresse. Os mesmos autores citam Meichenbaum, que na década de 80, criou a técnica de inoculação do estresse, que consta em treinar o indivíduo psicologicamente na vivência antecipada de uma situação estressante, de modo a desenvolver recursos pessoais de enfrentamento a serem utilizadas durante uma situação real.

A palavra estresse tornou-se de uso corriqueiro, difundida por meio dos diferentes meios de comunicação. Usa-se como sendo a causa ou a explicação para inúmeros acontecimentos que afligem a vida humana moderna. A utilização generalizada, sem maiores reflexões, simplifica o problema e oculta os reais significados de suas implicações para a vida humana como um todo (GOLDBERG, 2001).

Para Mcgrath (1970), citado por Weinberg e Gould (2001), o estresse pode ser entendido como um desequilíbrio acentuado entre condições físicas e/ou psicológica, estando sugestionado a falhas.

A reação do organismo ao estresse visa sua proteção, preparando-o para o enfrentamento ou fuga da situação ameaçadora. Frequência cardíaca, frequência respiratória, concentração de glicose no sangue e quantidade de energia armazenada como gordura, sofrem alterações em um organismo sob estresse, devendo retornar aos limites da normalidade quando cessarem os estímulos (MCEWEN,2003).

Lima (2003) afirma que o estresse ocupacional está relacionado com a função exercida, provocando uma reação do organismo às agressões físicas e psicológicas.

Em relação ao controle do estresse, o estudo realizado por Geraldés (2006) demonstrou que o grupo que pratica atividade física cotidianamente (74%), reserva 5 minutos por dia para relaxar e que 52% dos indivíduos equilibram o tempo entre trabalho e lazer. Este mesmo estudo mostrou que as mulheres são mais preocupadas com o relacionamento social.

Para M. Mead e Lévi - Strauss existem constantes humanas nas relações entre as pessoas, tais como a necessidade de companhia, de compaixão, a

capacidade de compreensão, a importância de tolerar, a necessidade e o desejo de comunicar, a constituição de vida comunitária (PEREIRA et al, 2008).

O tipo de desgaste à que as pessoas estão submetidas permanentemente nos ambientes e as relações com o trabalho são fatores determinantes de doenças.

Segundo Nahas (2003) um dos fatores importantes na condição de um estilo de vida é o estresse. Conforme Howley e Franks (2000). O estresse é importante tanto para os aspectos positivos como negativos da saúde. Nenhuma discussão sobre qualidade de vida sobre problemas sérios de saúde seria completa sem incluir a relevância do estresse. O estresse no homem pode gerar mudanças emocionais em dois gêneros: para o lado da agitação ou para o lado da apatia. A ansiedade, ou seja, a expectativa de que algo de ruim pode acontecer é frequente especialmente o sono. A tristeza pode passar a ser dominante no humor das pessoas, podendo ocorrer vários episódios de choro por pequenos motivos, ou mesmo sem motivo algum.

De acordo com Nahas (2003 p.22) “o estresse é, geralmente, decorrente do estilo de vida que adotamos e da forma como enfrentamos as adversidades. Talvez não sejamos capazes de eliminar as situações de stress, mas podemos mudar as maneiras de responder essas situações.” Os profissionais vivem hoje sob continua tensão, não só no ambiente de trabalho, como também na vida em geral.

Há, portanto, uma ampla área da vida moderna onde se misturam os estressores do trabalho e da vida cotidiana. A pessoa, além das habituais responsabilidades ocupacionais, além da alta competitividade exigida pelas empresas, além das necessidades de aprendizado constante, tem que lidar com os estressores normais da vida em sociedade, tais como a segurança social, a manutenção da família, as exigências culturais, etc. é bem possível que todos esses novos desafios superem os limites adaptativos levando ao estresse.

O desgaste emocional a que pessoas são submetidas nas relações com o trabalho é fator muito significativo na determinação de transtornos relacionados ao estresse, como é o caso das depressões, ansiedade patológica, pânico, fobias, doenças psicossomáticas, etc. Em suma a pessoa com esse tipo de estresse ocupacional não responde a demanda do trabalho e geralmente se encontra irritável e deprimida.

Um dos agravantes do estresse no trabalho é a limitação que a sociedade submete as pessoas quanto as manifestações de suas angustias, frustrações e

emoções. Por causa das normas e regras sociais as pessoas acabam ficando prisioneiras do politicamente correto, obrigadas a aparentar um comportamento emocional ou motor incongruente com seus reais sentimentos de agressão ou medo (NAHAS, 2003).

No ambiente do trabalho os estímulos estressores são muitos. Podemos experimentar ansiedade significativa (reação de alarme) diante de desentendimentos com colegas, diante da sobrecarga e da corrida contra o tempo, diante da insatisfação salarial e, dependendo da pessoas , até com o tocar do telefone. A desorganização no ambiente ocupacional põe em risco a ordem e a capacidade de rendimento do trabalhador. Geralmente as condições pioram quando não há clareza nas regras, normas e nas tarefas que deve desempenhar cada um dos trabalhadores, assim como os ambientes insalubres, a falta de ferramentas adequadas (POLLACK;WILMORE,1993).

### 2.3. QUALIDADE DE VIDA

Ao conceituar qualidade de vida Minayo et al. (2000) ressalta a configuração de este ser um vocábulo polissêmico, já que implica inúmeros sentidos e significados. Qualidade de vida literalmente significa várias coisas. Diz respeito a como as pessoas vivem, sentem e compreendem seu cotidiano. Envolve, portanto, saúde, educação, transporte, moradia, trabalho e participação nas decisões que lhes dizem respeito e determinam como vive o mundo (GONÇALVES & VILARTA, 2004). Compreende também, desse modo, situações extremamente variadas, como anos de escolaridade, atendimento digno em caso de doenças e acidentes, conforto e pontualidade nas decisões para se dirigir a diferente locais, alimentação em quantidade suficiente e com qualidade adequada e, até mesmo, posse de aparelhos eletrodomésticos (PIRES et al.,1998).

Para Pelicioni (1998, p.24) a conceituação de qualidade de vida aponta para um novo entendimento, o conceito de qualidade de vida transcende o conceito de padrão do nível de vida, de satisfação das necessidades humanas do “ter” para a valorização da existência humana do “ser” e deve ser avaliada pela capacidade que tem determinada sociedade de proporcionar oportunidades de realização pessoal a

seus indivíduos no sentido psíquico, social e espiritual ao mesmo tempo em que lhes garante um nível de vida minimamente aceitável.

Difícil de ser objetivamente definida, qualidade de vida pode ser considerada como um conjunto de parâmetros individuais, socioculturais e ambientais que caracterizam as condições em que vivem os seres humanos (NAHAS, 1997). Minayo (2002) examina que a qualidade de vida é resultado das condições subjetivas do indivíduo nos vários subdomínios que compõe a sua vida, como por exemplo, trabalho, vida social, saúde física, humor, etc. Corroborando, Shephard (1996) define qualidade de vida como uma percepção individual relativa às condições de saúde e a outros aspectos gerais da vida pessoal.

Nahas (1997) ressalta ainda, que a inter-relação mais ou menos harmoniosa dos fatores que moldam o cotidiano do ser humano resulta numa rede de fenômenos e situações que, abstratamente, pode ser chamada de qualidade de vida. Associa-se à expressão qualidade de vida a fatores como estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, relações familiares, disposição e até espiritualidade e dignidade. Gonçalves e Vilarta (2004) sugerem algumas opiniões como segurança, felicidade, lazer, saúde, condição financeira estável, família, amor e trabalho.

Outros elementos também estão associados para estudar esses significados como sugere Gonçalves e Vilarta (2004) tais como, aspectos culturais, históricos e de classes sociais, conjuntos de condições materiais e não-materiais, diferenças por faixas etárias e condições de saúde das pessoas ou de uma comunidade.

Contudo, não seria possível deixar de apontar o pensamento de Moreira (2001, p. 24-25), “atentar para a qualidade de vida provavelmente exigirá de todos nós a consciência de cultivar o interesse pela vida das outras pessoas e do nosso planeta, quer no momento presente, quer nas gerações futuras”. O autor depois de uma revisão extensa sobre a crise do século XX e ao afirmar que é necessário aprender com o passado, mudar paradigmas, os valores na sociedade pós-industrial e adotar uma epistemologia motora, define qualidade de vida como o compromisso em aperfeiçoar a arte de viver e de conviver.

### 2.3.1. Qualidade de Vida, Estilo de Vida e Saúde

A análise de variáveis do estilo de vida pode constituir-se em mecanismo para aferição da qualidade de vida e como conseqüência da condição de saúde da população (LOPES & PIRES-NETO, 2001). É importante salientar que o estilo de vida é um dos componentes individuais modificáveis de indicadores da qualidade de vida das pessoas, junto a ele estão aspectos ligados aos componentes sócio-ambientais, culturais e ainda componentes individuais não-modificáveis, como a hereditariedade. No Brasil, tomando como exemplo, apesar do aumento da expectativa de vida ter aumentado nos últimos anos, questiona-se a qualidade destes anos, visto que, grande parte da população tem sido comprometida pela crescente disparidade social e pelo desemprego (NAHAS, 2000). Parte do nosso país, ainda não tem água potável, saneamento básico, moradia, segurança e outros.

No entanto, o estilo de vida é um bom componente para a verificação da qualidade de vida de pessoas e ou grupos. Assim, é importante conferir os fatores que compõe o estilo de vida. Em relação aos diversos aspectos componentes do estilo de vida, existem alguns fatores que podem afetar negativamente nossa saúde e sobre os quais temos controle, como por exemplo: fumo, álcool, drogas, stress, isolamento social, sedentarismo, esforços repetitivos e intensos. Fatores negativos do nosso estilo de vida sobre os quais temos pouco ou até mesmo nenhum controle, são concentrados nas características hereditárias herdadas, os efeitos naturais do envelhecimento e algumas doenças infecciosas, geralmente agravadas pelas condições ambientais e de assistência (NAHAS,1991;2001).

Corpo e estilo de vida estão interligados diretamente à saúde. Cuidados com corpo têm significância à medida que se observa à atenção na esfera alimentar, regime de sono, de trabalho e da ocupação do tempo livre. Assim, Bento (1991) propõe que este cuidado deve ser pregado desde cedo na escola, já que as mudanças nas normas e valores geram alteração no padrão e função individual das pessoas. Portanto, prevenir a ocorrência de distúrbios orgânicos irreversíveis na vida adulta passa pelo afastamento dos fatores que provocam um estado de risco para a morbi-mortalidade (GUEDES & GUEDES, 1995).

Diversas doenças estão fortemente associadas ao estilo de vida negativo,

principalmente as DCNT's, dentre elas, a hipertensão arterial, a obesidade, o diabetes, o câncer e as doenças cardiovasculares, essas associações são agravadas quando o indivíduo é submetido à alimentação inadequada, stress elevado e contínuo e inatividade física (NAHAS, 2001). 31

Estudos sugerem forte evidencia de que o estilo de vida ativo pode prolongar o tempo de vida independente e colaborar com o melhor desempenho na realização das atividades de vida diária (GOBBI, 1997; HURLEY; HAGBERG, 1998 apud CARVALHO, 2003). Benefícios de ordem psicológica e comportamental têm sido mencionados em outras publicações como a redução da ansiedade, depressão e estresse, bem como a melhora do sono, do autoconceito e da auto-imagem (BRAZÃO, 1998; ACSM, 1999; OLIVEIRA FILHO et al., 1999).

Em nosso país, não são muitos os estudos que fazem referência às análises das variáveis do estilo de vida, a fim de subsidiar informações que possam de alguma maneira melhorar a qualidade de vida e, conseqüentemente, a saúde, independente de quaisquer variáveis étnico-cultural-etárias (LOPES & PIRES-NETO, 2001). No entanto, algumas ações práticas têm ampliado a discussão, por exemplo, alguns dos diversos cursos relacionados à saúde têm incluído o tema estilo de vida saudável e qualidade de vida nas matrizes curriculares, bem como na promoção e desenvolvimento das habilidades e competências propostas pelas Diretrizes Curriculares do MEC ao egresso dos referidos cursos.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 – OBJETIVO GERAL**

O presente estudo teve como objetivo analisar a qualidade de vida dos idosos ativos do CPI

#### **3.2 – OBJETIVO ESPECIFICO**

Analisar os componentes do pentágulo do bem estar: nutrição, Atividade física, comportamento preventivo, relacionamento social, controle do stress, com os idosos do clube da pessoa idosa.

Avaliar o estilo de vida de idosos com idades entre 60 e 69 anos, do clube da pessoa idosa.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA**

A pesquisa caracteriza-se como um estudo transversal descritivo quantitativo. Segundo Gil (1994), os estudos descritivos apresentam como principal objetivo descrever características de determinada população.

A pesquisa tem por finalidade observar, registrar e analisar os fenômenos sem, entretanto, entrar no mérito de seu conteúdo. Na pesquisa descritiva não há interferência do investigador, que apenas procura perceber, com o necessário cuidado, a frequência com que o fenômeno acontece.

### **4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A população da pesquisa foi de idosos, com 60 anos ou mais, de ambos os gêneros, residentes na cidade de João Pessoa e praticantes de atividade física do Clube da Pessoa Idosa, localizado no Altiplano na cidade de João Pessoa – PB sendo selecionados os participantes enquadrados morfologicamente na terceira idade.

A amostra foi constituída de 30 idosos que responderam o questionário e tiveram os dados necessários para os propósitos desse estudo.

### **4.3 INSTRUMENTOS DE INVESTIGAÇÃO**

O instrumento a ser utilizado foi o questionário derivado do modelo do Pentáculo do Bem-Estar (NAHAS, 2000) perfil do estilo de vida: questionário composto por 15 questões, envolvendo nutrição, atividade física (AF), comportamento preventivo, relacionamento social e controle de stress; onde o idoso teve as seguintes opções de resposta: (0) nunca; (1) às vezes; (2) quase sempre;

(3) sempre.

#### 4.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A presente pesquisa foi submetida ao CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) de protocolo N° 515/13, a sua aprovação conforme a certidão datada em 28/09/2010

A participação no estudo foi inteiramente voluntária. O questionário foi aplicado com os idosos, pelo pesquisador, no mês de outubro de 2010 as atividades realizadas no Centro da pessoa idosa. Os procedimentos de aplicação dos questionários foram os seguintes:

- 1- Serão explicados aos idosos os objetivos da pesquisa;
- 2- Os idosos que desejarem participar da pesquisa irão receber o termo de consentimento para assinarem e posteriormente responderão o questionário;
- 3- As questões serão lidas e assinaladas pelo pesquisador, que dará um tempo para que cada resposta seja respondida pelos idosos.
- 4- Após o preenchimento dos questionários, o pesquisador recolherá os questionários.

#### 4.5 ANÁLISES DOS DADOS

Para análise dos dados foi utilizado o programa Excel 2003, os dados foram passados para uma planilha onde foram organizados em porcentagem por componentes e subdivididos nas perguntas referentes aos componentes.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

O instrumento utilizado para a coleta das informações é composto por cinco componentes: nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamentos e controle do stress. Cada componente apresenta três alternativas de escolha. Os idosos escolheram a alternativa que mais caracterizava seus comportamentos frente a cada componente, conforme segue.

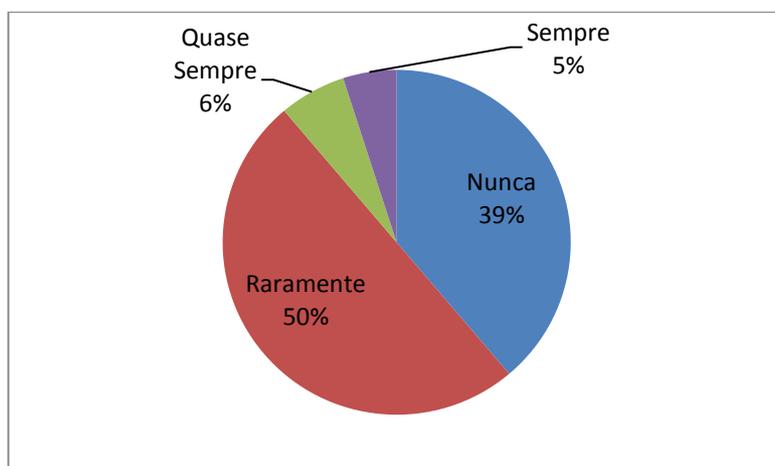
### 5.1 Nutrição

Este componente é composto por 3 perguntas :

- Sua alimentação diária inclui pelo menos 5 porções de frutas e hortaliças .
- Você evita ingerir alimentos gordurosos(carnes gordas, frituras) e doces.
- Você faz 4 a 5 refeições variadas ao dia, incluindo café da manhã.

O gráfico 1 – Componente Nutrição – questão a

Fonte: Perfil do estilo de vida individual

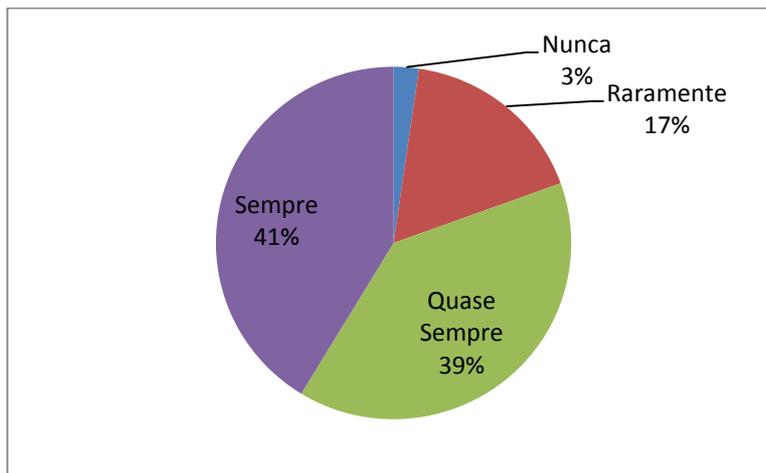


No que se refere a sua alimentação diária inclui pelo menos 5 porções de frutas e hortaliças 50% dos entrevistados, raramente, incluem pelo menos 5 porções de frutas e hortaliças; 39% nunca inclui porções de frutas e hortaliças; 6% quase sempre inclui; 5% sempre inclui pelo menos 5 porções de frutas e hortaliças em sua alimentação diária. Podemos observar a maioria dos idosos não

se utilizam de frutas e hortaliças na sua alimentação diária. Um dos fatores para a falta desses alimentos na mesa dessas pessoas é o fato da maioria viver apenas com um salário mínimo.

O gráfico 2 - Componente Nutrição – questão b

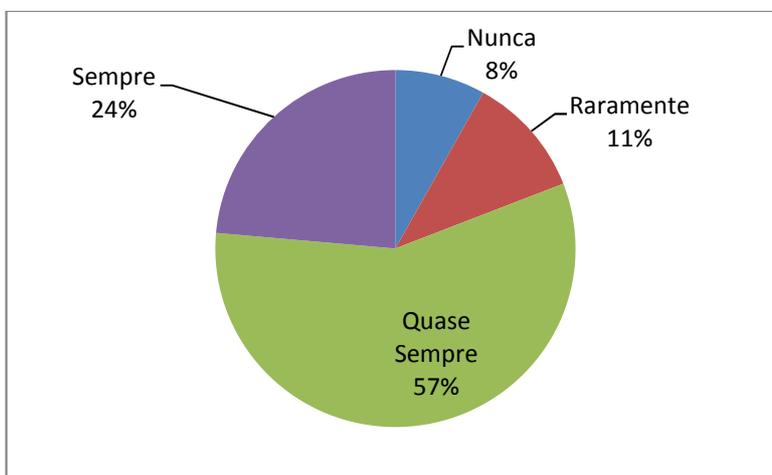
Fonte: Perfil do estilo de vida individual



Em relação ao questionamento se o aluno evita ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, frituras) e doces, os dados demonstram que 41% sempre evitam ingerir alimentos gordurosos; 39% quase sempre evitam; já 17% raramente evitam e 3% nunca evitam ingerir alimentos gordurosos. Apesar de terem consciência dos males apresentados pela ingestão de alimentos gordurosos muitos dos idosos ainda se utilizam no seu dia-a-dia alimentos maléficos com sua saúde.

O gráfico 3 - Componente Nutrição – questão c

Fonte: Perfil do estilo de vida individual



Ao ser investigado se o número de refeições feitas durante o dia é de 4 a 5 refeições variadas, incluindo café da manhã completo, as respostas mostraram que 57% quase sempre faz de 4 a 5 refeições variadas ao dia, incluindo café da manhã, 24% sempre fazem de 4 a 5 refeições variadas ao dia, 11% raramente fazem e 8% nunca fazem de 4 a 5 refeições variadas ao dia. Observou-se a importância de varias refeições ao longo do dia, auxiliando na digestão dos alimentos, fazendo com que o organismo trabalhe de forma correta.

Os dados obtidos em relação ao fator nutrição relatam que os indivíduos avaliados se preocupam com a sua alimentação e evitam hábitos alimentares prejudiciais, que são considerados como um dos principais fatores para a prevenção de doenças degenerativas (COELHO E SANTOS, 2006).

Nahas (2003) afirma que uma alimentação saudável deve privilegiar a qualidade dos alimentos e a quantidade necessária de cada um dos alimentos que deve compor uma refeição, observando a necessidade calórica do indivíduo.

## 5.2 Atividade Física

Este componente é composto por três alternativas:

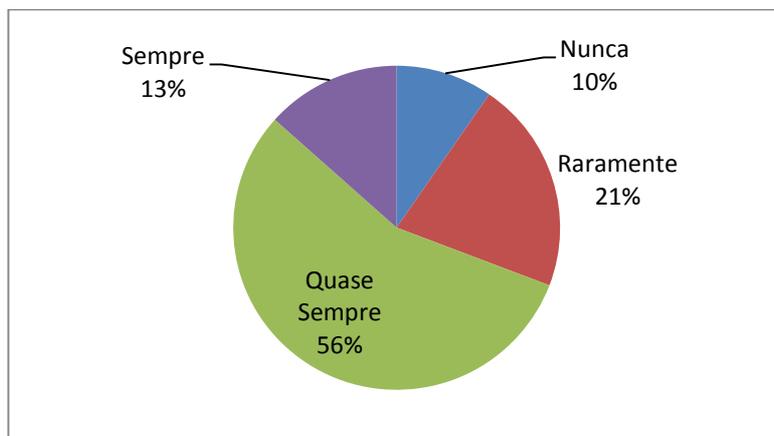
d) Você realiza ao menos 30 minutos de atividades físicas moderadas/intensas, de forma contínua ou acumulada, 5 ou mais dias na semana.

e) Ao menos duas vezes por semana você realiza exercícios físicos que envolvam força e alongamento muscular.

f) No seu dia a dia você caminha ou pedala como meio de transporte e, preferencialmente, usa as escadas ao invés de elevador.

O gráfico 4 - Componente Atividade Física – questão d

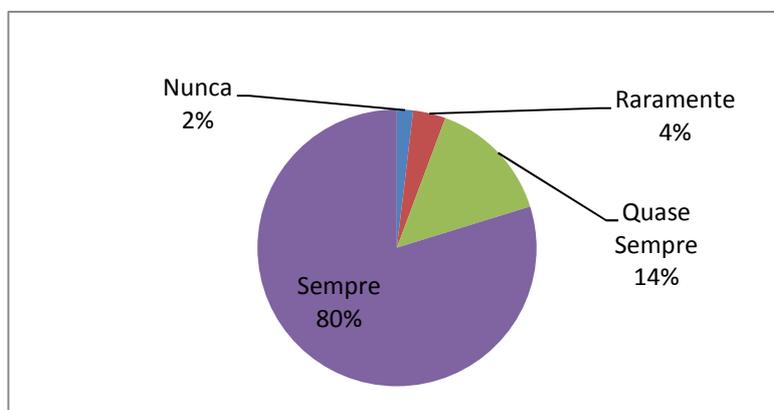
Fonte: Perfil do estilo de vida individual



No que se refere à realização de pelo menos 30 minutos de atividade física moderadas/intensa, de forma contínua ou acumulada, em 5 ou mais dias na semana, conclui-se que 56% quase sempre realizam ao menos 30 minutos de atividades físicas moderadas/intensas, de forma contínua ou acumulada, em 5 ou mais dias na semana, 21% raramente fazem atividades 5 ou mais vezes na semana, 13% sempre realizam ao menos 30 minutos de atividades físicas 5 ou mais dias na semana e apenas 10% nunca fazem uso de pelo menos 30 minutos de atividades físicas moderadas/intensas, de forma contínua ou acumulada, em 5 ou mais dias na semana. Esses dados demonstraram que os idosos são realmente ativos, mesmo que não seja 5 ou mais vezes na semana eles sabem da importância de estarem sempre em movimento.

O gráfico 5 - Componente Atividade Física – questão e

Fonte: Perfil do estilo de vida individual

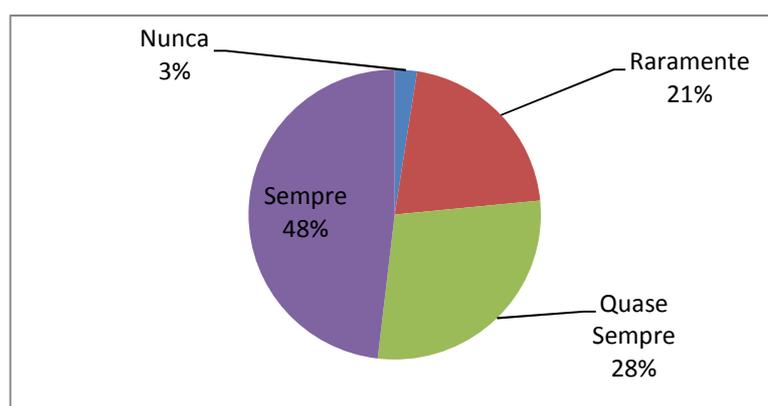


No quesito que investiga se os idosos realizam ao menos duas vezes por semana exercícios que envolvam força e alongamento muscular, verificou-se que 80% sempre realizam exercícios que envolvam força e alongamento muscular ao menos duas vezes por semana e 14% quase sempre realizam estas atividades ao menos duas vezes na semana; somente 4% raramente realizam estas atividades e 2% nunca realizam ao menos duas vezes por semana exercícios que envolvam força e alongamento muscular.

Nesta questão houve uma prevalência devida os idosos participarem de um grupo que pratica atividades físicas duas vezes na semana com educadores físicos.

O gráfico 6 - Componente Atividade Física – questão f

Fonte: Perfil do estilo de vida individual



Em relação à pergunta se no seu dia-a-dia o idoso caminha ou pedala como meio de transporte, e preferencialmente, se usa as escadas ao invés do elevador, observou-se que 48% dos idosos sempre caminham ou pedalam como meio de transporte e utiliza-se de escadas ao invés de elevadores, 28% quase sempre fazem uso dessas práticas; já 21% raramente utilizam-se dessas práticas e 3% nunca no seu dia-a-dia caminham ou pedalam como meio de transporte, e preferencialmente, usam as escadas ao invés de elevador.

De acordo com o estudo de Matsudo (2000) em sua pesquisa sobre impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física, relata que à medida que aumenta a idade cronológica as pessoas se tornam menos ativas, suas capacidades físicas diminuem e, com isso, facilita-se a aparição de doenças crônicas, que contribuem para deteriorar o

processo de envelhecimento. No presente estudo observou-se a preocupação com uma vida mais saudável e ativa. A caminhada, a realização de exercícios físicos diariamente pode ser praticada com o objetivo de promoção de saúde, condicionamento físico, lazer, promovendo benefícios à saúde orgânica, sensação de bem estar, melhoria da auto-estima, auto-imagem resultando na prevenção de doenças crônicas degenerativas e para um envelhecimento com autonomia e capacidade funcional.

A literatura confirma que a atividade física proporciona benefícios como no controle nos níveis de glicose, na maior eficiência na capacidade aeróbia, diminuição da gordura corporal, incremento da massa e força muscular, densidade óssea entre outras, também proporciona efeitos benéficos à parte psicológica como no relaxamento, percepção de bem estar, melhora a auto-estima, imagem corporal, diminui o stress e a ansiedade, segundo Matsudo (1992) e Heikknem (2003).

Ainda para Nahas (2003), os indivíduos de meia idade e os idosos devem praticar atividades físicas que englobem aptidão cardiorespiratória, flexibilidade e resistência muscular, pois só assim poderão garantir uma autonomia e independência nas atividades da vida diária.

### 5.3 Comportamento Preventivo

Este componente é composto por três alternativas:

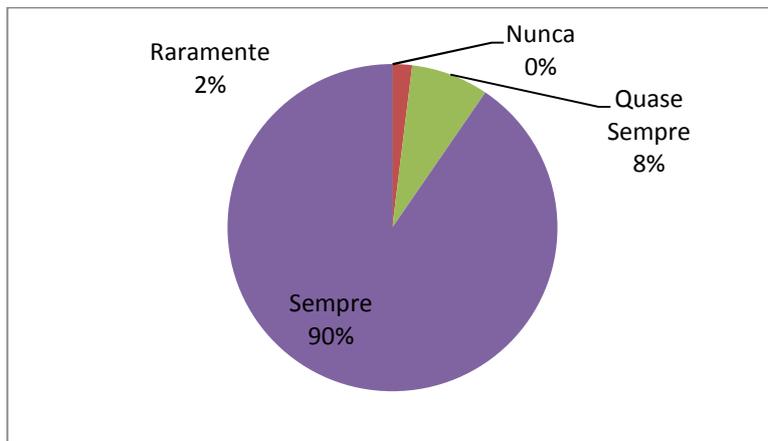
g) Você conhece sua PRESSÃO ARTERIAL, seus níveis de COLESTEROL e procura controlá-los.

h) Você NÃO FUMA e NÃO INGERE ALCOOL (OU INGERE COM MODERAÇÃO).

i) Você respeita as normas de trânsito (como pedestre, ciclista ou motorista); se dirige usa sempre o cinto de segurança e nunca ingere álcool.

O gráfico 7 - Componente Comportamento Preventivo – questão g.

Fonte: Perfil do estilo de vida individual

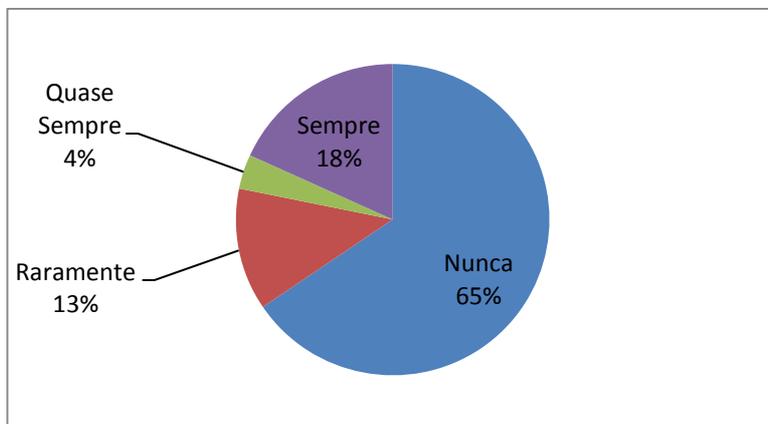


No que se refere à investigação se o idoso conhece sua pressão arterial, seus níveis de colesterol e procura controlá-los, verificou-se que 90% dos entrevistados conhecem sua pressão arterial, seus níveis de colesterol e procuram controlá-los; já, 8% declaram que quase sempre procuram saber de sua pressão arterial e seus níveis de colesterol. Apenas 2% raramente sabem de sua pressão arterial e seus níveis de colesterol e não foi relatado nenhum que não soubesse ou não tivesse interesse de saber de sua pressão arterial e seus níveis de colesterol.

A partir dos desses dados podemos concluir que todos os idosos mantem-se num controle ativo de sua saúde.

O gráfico 8 - Componente Comportamento Preventivo – questão h.

Fonte: Perfil do estilo de vida individual

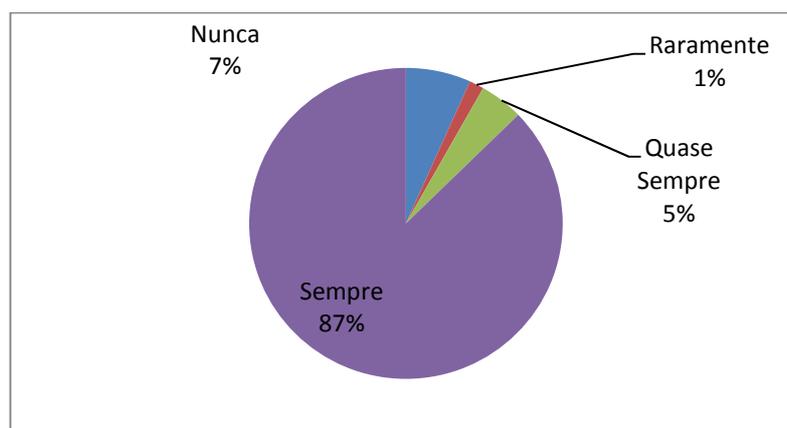


No questionamento se o idoso não fuma e não ingere álcool (ou ingere com

moderação), os dados da pesquisa demonstram que 65% afirmam que não fumam e não ingerem álcool/ ou ingerem com moderação; 18% fumam e ingerem álcool; já, 13% raramente fumam e ingerem álcool. Apenas, 4% quase sempre fumam e ingerem álcool com moderação.

O gráfico 9 - Componente Comportamento Preventivo – questão I.

Fonte: Perfil do estilo de vida individual



Em relação à investigação se o idoso respeita as normas de trânsito (como pedestre, ciclista, ou motorista); se, quando dirige, usa sempre o cinto de segurança e nunca ingere álcool, 87% respeitam as normas de trânsito (como pedestre ciclista ou motorista); se dirigem usam sempre o cinto de segurança e nunca ingere álcool, 7% nunca respeitam as normas de trânsito, e 5% quase sempre respeitam as normas de trânsito e 1% raramente respeitam as normas de trânsito.

As doenças que atingem com maior facilidade os idosos são as crônico-degenerativas, como a hipertensão arterial. Os efeitos agudos e crônicos do fumo e álcool são prejudiciais na capacidade de desempenho corporal, principalmente no que se refere à resistência física, o fumante e o alcoólatra não alcançam seu limite de desempenho individual devido à maior necessidade de oxigênio. E quanto a normas de trânsito a maioria dos idosos respeita e faz uso das mesmas.

Os resultados vêm contrapor o que a literatura diz segundo os autores Santana, Braga e Santos (2004), evidenciam a exposição dos riscos no trânsito à medida que envelhecemos.

O comportamento preventivo é de suma importância, pois como afirma Oliveira (2005). Em estudo realizado por Anum e Adera (2004) o alto nível de colesterol está intimamente relacionado com a mortalidade por doenças do coração, assim como o descontrole da pressão arterial. Oliveira (2005) ainda afirma que o tabagismo diminui a qualidade e a expectativa de vida.

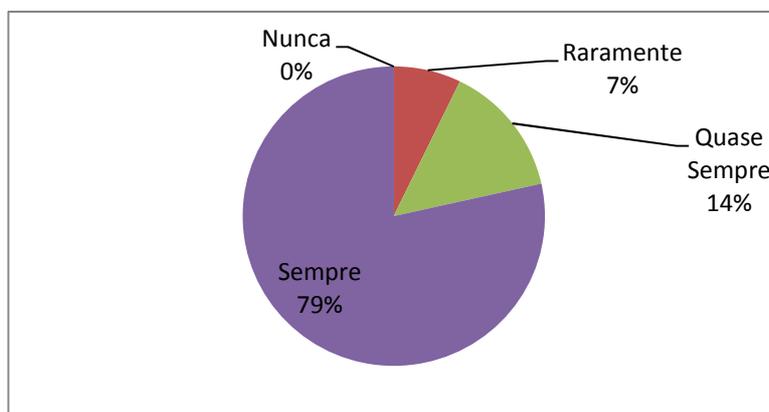
#### 5.4 Relacionamento Social

Este componente é composto por três alternativas:

- j) Você procura cultivar amigos e está satisfeito com seus relacionamentos.,
- k) Seu lazer inclui encontros com amigos, atividades esportivas em grupo, participação em associações ou entidades sociais.,
- l) Você procura ser ativo em sua comunidade, sentindo-se útil no seu ambiente social.

O gráfico 10 - Componente Relacionamento Social – questão J.

Fonte: Perfil do estilo de vida individual

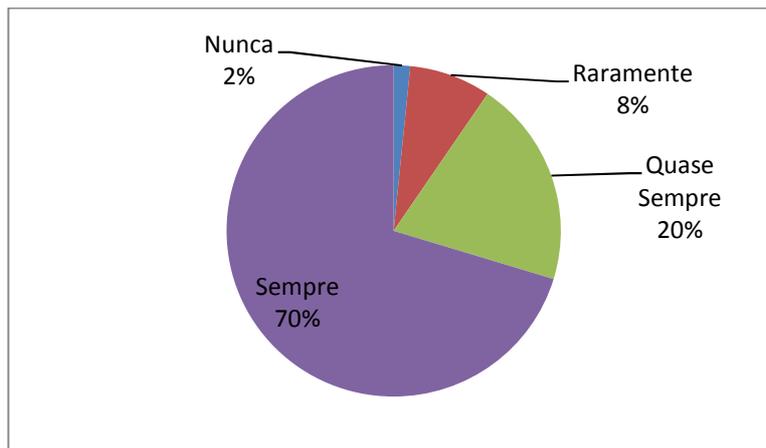


De acordo com o gráfico acima 79% sempre buscam cultivar amigos e estão satisfeitos com seus relacionamentos; 14% quase sempre buscam cultivar amigos e estão satisfeitos com seus relacionamentos e somente 7% raramente buscam cultivar amigos e estão satisfeitos com seus relacionamentos. Ninguém assinalou a alternativa onde versa que o cultivo das amizades não faz parte do seu estilo de vida.

Como havia mencionado os idosos desse estudo participam de um grupo que praticam atividades físicas, manuais e artísticas, ou seja, estão sempre em contatos uns com os outros e dão grande importância a interação com seu grupo.

O gráfico 11 - Componente Relacionamento Social – questão k.

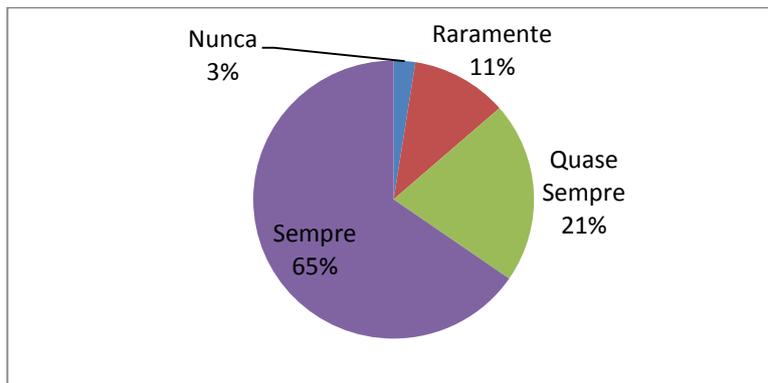
Fonte: Perfil do estilo de vida individual



Ao ser investigado se seu lazer inclui encontros com amigos, atividades esportivas em grupo, participação em associações ou entidades sociais, percebeu-se que 70% sempre procuram incluir em seu lazer encontros com amigos, atividades esportivas em grupo, participação em associações ou entidades sociais, ao passo que, 20% quase sempre seu lazer inclui encontros com amigos, 8% raramente inclui o em seu lazer encontro com amigos 2% absolutamente não inclui em seu lazer encontros com amigos, atividades esportivas em grupo, participação em associações ou entidades sociais.

O gráfico 12 - Componente Relacionamento Social – questão I.

Fonte: Perfil do estilo de vida individual



No item que questiona se o idoso procura ser ativo em sua comunidade, sentindo-se útil no seu ambiente social, observou-se que, 65 % sempre procuram ser ativos em sua comunidade, sentindo-se úteis no seu ambiente social, e, 21% quase sempre buscam ser ativos em sua comunidade; já, 11% raramente procuram ser ativos em sua comunidade e 3%, absolutamente, não são ativos em sua comunidade.

A partir dos dados percebe-se que a maioria das participantes procurava realizar novas amizades, e estavam satisfeitos com seus relacionamentos que sempre incluíam reuniões com amigos, atividades esportivas, ou participações em associações como forma de lazer.

Segundo Mauro, et al (2001) o tempo de lazer comunitário representa um importante passo para o sucesso do envelhecimento saudável, pois contribui na superação dos problemas que se relacionam com a posição social.

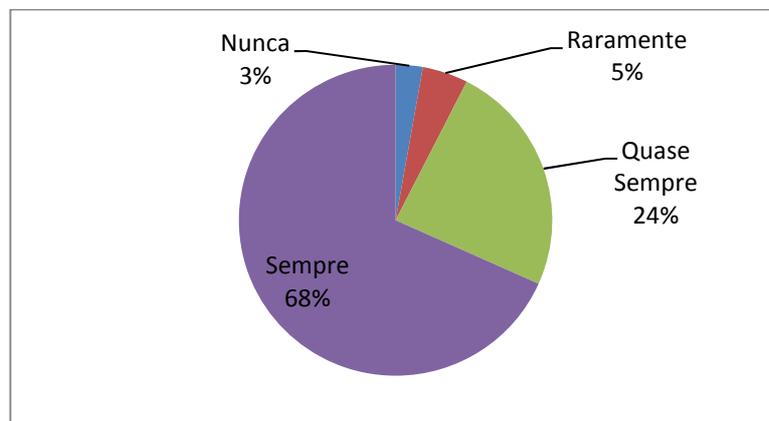
## 5.5 Estresse

Este componente abrange três alternativas:

- m) Você reserva tempo (ao menos 5 minutos) todos os dias para relaxar.
- n) Você mantém uma discussão sem alterar-se, mesmo quando contrariado.
- o) Você equilibra o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer.

O gráfico 13 - Componente Estresse – questão m.

Fonte: Perfil do estilo de vida individual

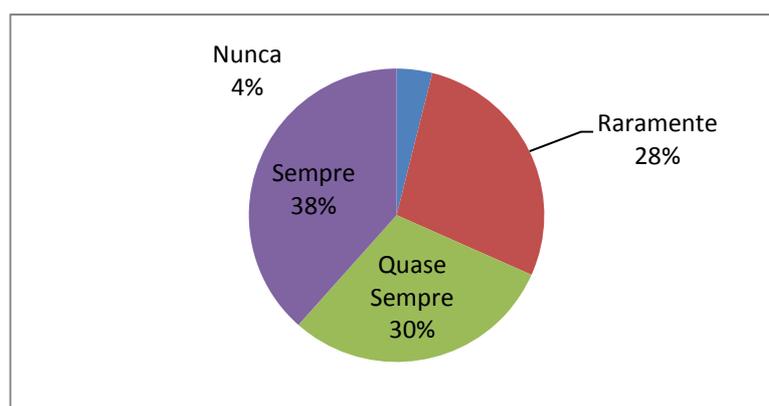


No que se refere ao questionamento se o idoso reserva tempo (ao menos 5 minutos) todos os dias para relaxar, 68% sempre reservam tempo; 24% quase sempre reservam tempo todos os dias para relaxar, já, 5% raramente reservam tempo para relaxar e 3% não reservam tempo para relaxar.

Os Idosos mostraram através dos dados referentes que é importante reservar um tempo para relaxar, nem que seja 5 minutos.

O gráfico 14 - Componente Estresse – questão n.

Fonte: Perfil do estilo de vida individual

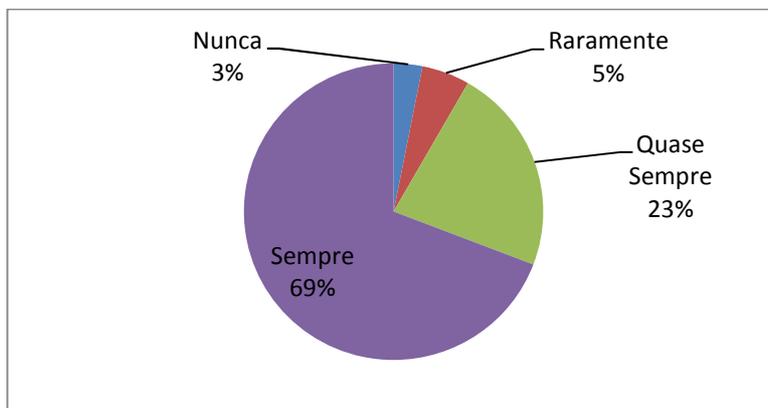


O quesito que investiga se o idoso mantém uma discussão sem se alterar, mesmo quando contrariado, mostrou que 38% sempre mantêm uma discussão sem se alterar, mesmo quando contrariados. Apenas, 30% afirmam que quase sempre mantêm uma discussão sem alterar-se, 28% raramente alteram-se em uma discussão, quando contrariados e somente 4% nunca mantêm uma discussão sem alterar-se, mesmo quando contrariado.

Podemos observar que a maioria mantém um bom dialogo, fazendo com que o mesmo não altere-se.

O gráfico 15 - Componente Estresse – questão o.

Fonte: Perfil do estilo de vida individual



Em relação ao questionamento se o idoso equilibra o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer, constatou-se que 69% sempre equilibram o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer. Contudo, 23% quase sempre equilibram o tempo dedicado ao trabalho com o lazer, 5% raramente equilibram o tempo dedicado ao trabalho com o lazer e 3% não equilibram o tempo dedicado ao trabalho com o lazer.

No estudo realizado observou-se bastante vontade de desenvolver bem tanto as tarefas obrigatórias do dia-a-dia, quanto dedicar tempo ao lazer, importante hábito visto que situações de estresse podem trazer sérios problemas psicológicos e físicos e ainda interferir em nossas atividades diárias, resultando em perda de produtividade e afetando nossos relacionamentos com a sociedade.

Para confirmar os dados referentes ao estresse a literatura diz que de acordo com Guiselini (2004), o stress tem sido associado com várias doenças, e é muito importante se ter equilíbrio entre as situações de estresse e as reações do indivíduo. É importante, saber controlar o estresse físico e emocional, utilizando técnicas específicas às expectativas e aos objetivos de cada pessoa (Gonçalves; Vilarta, 2004).

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização do instrumento o Perfil do Estilo de Vida, derivado do modelo do Pentágulo do Bem-Estar, demonstrou ser um instrumento simples, auto administrativo, que possibilita aos que participaram como sujeitos da pesquisa, conhecer seu estilo de vida e de que maneira esse pode influenciar em sua longevidade. Os resultados apresentados neste trabalho nos levam a compreender a relevância do problema.

Através dos dados obtidos, os idosos mesmo tendo conhecimento da importância de realizarem uma dieta equilibrada, não observam tal comportamento em seu cotidiano pela falta de condições financeiras para uma melhor alimentação. Sabemos que uma dieta equilibrada é fundamental para a manutenção da saúde e determinante para um envelhecimento saudável, sendo considerado um dos principais fatores para a prevenção de doenças crônicas degenerativas.

A atividade física apresenta efeitos benéficos nos aspectos psicológicos, sociais e cognitivos, sendo assim é um aspecto fundamental do estilo de vida na promoção de um envelhecimento saudável. Nesse estudo os idosos reconhecem a importância e os benefícios da atividade física diária o que vem interferindo de modo positivo na longevidade com qualidade de vida.

Quanto ao estilo de vida, analisamos que o comportamento preventivo mencionado pela maioria deles é positivo, uma vez que eles se preocupam com sua pressão arterial, procuram não fumar e ingerir álcool e sempre utilizam de cinto de segurança para sua segurança. Este é um fato positivo, uma vez que em todas as situações a prevenção sempre é a melhor saída.

Cultivar e manter relacionamentos prazerosos teve dados positivos neste estudo, sendo uma postura assumida pela maioria deles. Viver em grupo proporciona bem-estar e equilíbrio emocional, possibilita a troca de experiências, bem como ajuda o ser humano a enfrentar a velhice de forma mais tranqüila e saudável.

Observa-se que grande parte dos idosos dedica tempo ao lazer, o que pode influenciar positivamente em sua qualidade de vida e no envelhecimento saudável devido aos danos físicos e emocionais que o estresse pode provocar.

Os resultados na pesquisa indicam uma prevalência de comportamentos saudáveis. Observa-se que os idosos estão mudando seus hábitos e

comportamentos, tornando-os mais ativos e saudáveis. Essa nova postura é revelada através do aumento da expectativa de vida tornando o envelhecimento saudável e com qualidade de vida.

## 7. REFERENCIAS

AZEVEDO, L. F.; A., D. O.; OKUMA, S. S. **Envelhecimento e Exercício Físico**. In: NEGRÃO, C. E.; BARRETTO, A. C. P.(Ed.). *Cardiologia do Exercício: Do Atleta ao Cardiopata*. Barueri – SP: Manole, 2005.

ACSM. **Exercise and physical activity for older adults: position stand**. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, v. 30, n. 6, p. 992-1008, 1998a.

CAGIGAL, J.M. **Oh Deporte! (Anatomia de um gigante)**. Valladolid: Editorial Miñón, 1981.

CHÓR, D. **Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea**. *Caderno de Saúde Pública* v. 15, n. 2, p. 423-425, 1999.

COELHO, W.C.; SANTOS J.F.S. **Perfil do estilo de vida relacionado á saúde dos calouros de um centro de ciências tecnológicas**. *EFDeportes.com*, Revista Digital - Buenos Aires. v.11, n.97, 2006. Disponível em [www.efdeportes.com/efd148/aplicacao-do-pentaculo-do-bem-estar-em-atividade-fisica.htm](http://www.efdeportes.com/efd148/aplicacao-do-pentaculo-do-bem-estar-em-atividade-fisica.htm). Acessado em 10 de outubro de 2010.

DA ROS, M. A. **Estilo de Pensamento em Saúde Pública: Estudo da Produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck**. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC), 2000.

DRUMMOND, S.E.; et al. **Evidence that eating frequency is inversely related to body weight status in male, but not female, non-obese adults reporting valid dietary intakes.** *International Journal of Obesity.* v.22, p. 105-112, 1998.

DUMAZEDIER, J. **Lazer e cultura popular.** São Paulo: Ed. Perspectiva S. A., 1973.

EDELSTEIN, S.L.; et al. **Increased meal frequency associated with decreased cholesterol concentrations.** *Am J Clin Nutr.* v. 55, n.3, p.664-669, 1992.

FARSHCHI, H; TAYLOR, M; MACDONALD, I. **Regular meal frequency creates more appropriate insulin sensitivity and lipid profiles compared with irregular meal frequency in healthy lean women.** *Eur J Clin Nutr.* v.58, p.1071–7, 2004.

FORTI, V.A.M.; CHACON-MIKAHIL, M.P.T.; Capítulo 4. **Qualidade de Vida e Atividade Física no envelhecimento,** São Paulo, Manole. In: Gonçalves A. & Vilarta, R (org). "Qualidade de Vida e Atividade Física: Explorando Teorias e Práticas", 2004.

FRANCHI, K. M. B. MONTENEGRO, R. M. J. **Atividade física: uma necessidade para a boa saúde na terceira idade.** *RBPS* 2005; 18 (3): 152-156.

GERALDES, C.B. et al. **Nível de qualidade de vida dos colaboradores da diretoria de esportes e lazer do SESI.** *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte.* v. 5, 2006.

GHORAYEB, N.; CARVALHO, T.; LAZZOLI, J. K. **Atividade física não-competitiva para a população.** In: GHORAYEB, N.; BARROS NETO, T. L. **O Exercício:**

**preparação fisiológica, avaliação médica, aspectos especiais e preventivos.**  
São Paulo: Atheneu, 1999.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 4<sup>a</sup> ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GONÇALVES, A; VILARTA, R. **Qualidade de vida e atividade física: explorando teorias e práticas.** 1. ed. Barueri - SP: Manole, 2004.

GUEDES, D.P. e GUEDES. J. E. R. P.: **Aptidão física relacionada à saúde de**

HEIKKIENEN, L. (2003). **O papel da actividade física no envelhecimento saudável**, sob orientação da Organização Mundial de Saúde – Programa de envelhecimento e saúde. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

IBGE - **Censo Demográfico** - 2008. Disponível em [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acessado em 02 Agosto de 2010.

LESSA, I. **Doenças crônicas não-transmissíveis: bases epidemiológicas.** In: **ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia & Saúde.** 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, p. 285-99, 600p.

MARQUES, A. **A prática de atividade física nos idosos: as questões pedagógicas.** *Horizonte.* Portugal, v. 08, n. 74, p. 11-17, 1996.

MATSUDO, S. M. M. **Envelhecimento & atividade física.** Londrina: Midiograf, 2001. 195p.

MATSUDO, S. M; MATSUDO, V. K. R; BARROS NETO, T.L. **Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física.** *Rev. Bras. Ciên. e Mov.* 8 (4): 21-32, 2000.

MAZO, G. Z. **Atividade física e o idoso: concepção gerontológica.** 2. ed. - Porto Alegre: Sulina, 2004.

MEIRELLES, Morgana E. A. **Atividade Física na 3a Idade - Uma abordagem sistêmica.** 3a ed. Rio de Janeiro: Sprint, 2000. 280p.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.** *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

MURRAY, R. (Eds). **Perspectives in exercise science and sports medicine: exercise, nutrition and weight control.** Carmel: Cooper; v.11, p.243-288, 1998.

NAHAS, M. V. **O pentágulo do bem-estar - base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos.** *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde.* v.5, n.2, 2000.

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

NERI, A. L. **Qualidade de vida e idade madura.** Campinas - SP, Papirus: 1993.

NIEMAN, D. C. **Exercício e saúde: como se prevenir de doenças usando o exercício como seu medicamento**. São Paulo: Manole, 1999. 316p.

ORTEGA, R.M. et al. **Relationship between the number of daily meals and the energy and nutrient intake in the elderly. Effect on various cardiovascular risk factors**. Nutr Hosp v.13,n.4,p.186-92, 1998.

PEREIRA, E.P. et al. **Atividade física e estilo de vida de idosos com idade entre 60 a 69 anos**. EFDeportes.com, Revista Digital - Buenos Aires.v.12, n.118, 2008. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>. Acesso em: 15 mai.2008.

PHILIPPI, S. T. **Nutrição e Técnica Dietética**. São Paulo: Editora Manole, 2003.

PIRES, G. D. L.; MATIELLO JR., E.; GONÇALVES, A. **Alguns olhares sobre aplicações do conceito de qualidade de vida em Educação Física/ Ciências do Esporte**. Revista Brasileira de Ciências do Esporte v. 20, n. 1, set. 98.

POLLOCK, M. L., WILMORE, J. H. **Exercise in health and disease**. 2nd ed. Philadelphia: Saunders, 1990. p. 57-61, 218, 312-319.

PONT GEIS, P. **Atividade física e saúde na terceira idade: teoria e prática** / Pilar Pont Geis; trad. Magda Schwartzaupt Chaves. - 5. ed. - Porto Alegre: Artmed, 2003.

SABA, F. **Aderência à prática do exercício físico em academias**. São Paulo: Manole, 2001.

SESI, 2006. **Cartilha de qualidade de vida e bem estar**. Disponível em: <http://www.sesisp.org.br/home/2006/alimentacao/cartilhasesi.pdf>. Acesso em: 04 abr.2009.

SIMÃO, R. **Treinamento de força na saúde e qualidade de vida**. São Paulo: Phorte, 2004.

SKINNER, J. S. **Importance of aging for exercise testing and exercise prescription**. In: -----, **Exercise testing and exercise prescription for special cases: theoretical basis and clinical application**. Philadelphia: Williams & Wilkins, 1993. p.75-86.

SPIRDUSO, W. W. **Physical dimensions of aging**. Champaign: Human Kinetics, 1995. 432p.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K. **Métodos de pesquisa em atividade física**. São Paulo: Artmed, 2002.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: UERJ,1994. 224 p.

WEINBERG, R. S.; GOULD, D. **Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

WHO. **Ageing and Health Programme Division of Health Promotion, Education and Communication**. The Hildelberg guidelines for promoting physical activity

**among older persons: guidelines series for healthy ageing** – I. Heidelberg, Germany:August, 1996. Disponível em: [www.who.org](http://www.who.org). Acesso em: 06 dez. 2007.

## ANEXOS

ANEXO A  
CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES  
HUMANOS - CEP**

**CERTIDÃO**

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley - CEP/HULW, da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada no dia 28/09/2010, após análise do parecer do relator, resolveu considerar **APROVADO** o projeto de pesquisa intitulado **ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS ATIVOS DO CLUBE DA PESSOA IDOSA (CPI)**. Protocolo CEP/HULW nº. 515/10, Folha de Rosto nº 370972, CAAE Nº 0429.0.126.000-10 dos pesquisadores ANGÉLICA DA SILVA CAVALCANTI e Profª. Esp. LEANDRO BAPTISTA DE CARVALHO FILHO (orientador).

Ao final da pesquisa, solicitamos enviar ao CEP/HULW, uma cópia desta certidão e da pesquisa, em CD, para emissão da certidão para publicação científica.

João Pessoa, 28 de setembro de 2011.

Iaponira Cortez Costa de Oliveira  
Coordenadora do Comitê de Ética  
**Profª Drª Iaponira Cortez Costa de Oliveira**  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW - 4º andar. Campus I - Cidade Universitária.  
Bairro: Castelo Branco - João Pessoa - PB. CEP: 58051-900 CNPJ: 24098477/007-05  
Fone: (83) 32167302 - Fone/fax: (083)32167522 E-mail - cep hulw@hotmail.com

ANEXO B  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre Análise da qualidade de vida de idosos ativos do CPI (clube da pessoa idosa) e está sendo desenvolvida por Angélica da Silva Cavalcanti, aluna do Curso de Educação Física da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do(a) Prof(a) Leandro Baptista de Carvalho Filho. Os objetivos do estudo são analisar a qualidade de vida dos idosos ativos do CPI.

A finalidade deste trabalho é contribuir para conhecer a relação existente entre atividade física e as demais variáveis: nutrição, comportamento preventivo, relacionamento social, controle do stress. Identificando os aspectos positivos e negativos em seu estilo de vida para tomar decisões que possam levar a uma vida com mais qualidade.

Solicitamos a sua colaboração para responder o questionário, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

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.

---

Assinatura do Participante da Pesquisa

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o  
(a)

pesquisador (a) Angélica da Silva Cavalcanti

Telefone: (83) 88338986

---

Assinatura do Pesquisador Responsáv

ANEXO C  
QUESTIONARIO PERFIL DO ESTILO DE VIDA INDIVIDUAL

## PERFIL DO ESTILO DE VIDA INDIVIDUAL

Este instrumento foi reproduzido conforme Nahas (2003, p.28). O ESTILO DE VIDA corresponde ao conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, valores e oportunidades das pessoas. Estas ações têm grande influência na saúde geral e qualidade de vida de todos os indivíduos.

Os itens abaixo representam características do estilo de vida relacionadas ao bem-estar individual.

Manifeste-se sobre cada informação considerando a escala:

- (0) absolutamente não faz parte do seu estilo de vida.
- (1) às vezes corresponde ao seu comportamento.
- (2) quase sempre verdadeiro no seu comportamento.
- (3) a afirmação é sempre verdadeira no seu dia-a-dia; faz parte do seu estilo de vida.

Componente: Nutrição

- a) Sua alimentação diária inclui pelo menos 5 porções de frutas e hortaliças. ( )
- b) Você evita ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, frituras) e doces. ( )
- c) Você faz 4 a 5 refeições variadas ao dia, incluindo café da manhã completo ( )

Componente: Atividade Física

- d) Você realiza ao menos 30 minutos de atividades físicas moderadas/intensas, de forma contínua ou acumulada, 5 ou mais dias na semana. ( )
- e) Ao menos duas vezes por semana você realiza exercícios que envolvam força e alongamento muscular. ( )
- f) No seu dia-a-dia, você caminha ou pedala como meio de transporte e, preferencialmente, usa as escada ao invés do elevador. ( )

Componente: Comportamento Preventivo

- g) Você conhece sua pressão arterial, seus níveis de colesterol e procura controlá-los. ( )
- h) Você NÃO FUMA e NÃO INGERE ÁLCOOL (ou ingere com moderação) ( )
- i) Você respeita as normas de trânsito (como pedestre, ciclista ou motorista); se dirige usa sempre o cinto de segurança e nunca ingere álcool. ( )

Componente: Relacionamentos

- j) Você procura cultivar amigos e está satisfeito com seus relacionamentos. ( )
- k) Seu lazer inclui encontros com amigos, atividades esportivas em grupo, participação em associações ou entidades sociais. ( )
- l) Você procura ser ativo em sua comunidade, sentindo-se útil no seu ambiente social. ( )

Componente: Controle do Stress

- m) Você reserva tempo (ao menos 5 minutos) todos os dias para relaxar. ( )
- n) Você mantém uma discussão sem alterar-se, mesmo quando contrariado. ( )
- o) Você equilibra o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer. ( )