

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	14
2.1.1 O Processo de Envelhecimento	15
2.1.2 Envelhecimento Biológico	16
2.1.4 Envelhecimento e Atividade Física	19
2.2 APTIDÃO FUNCIONAL	22
2.2.1 Flexibilidade	23
2.2.2 Coordenação.....	25
2.2.3 Resistência de Força	25
2.2.4 Agilidade e Equilíbrio Dinâmico.....	28
2.2.5 Capacidade Aeróbia.....	29
2.3 QUALIDADE DE VIDA.....	30
2.4 UAMI.....	32
3 METODOLOGIA	34
3.1 TIPO DE PESQUISA	34
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	34
3.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	35
3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	35
3.4.1 Aptidão Funcional	35
3.4.2 Qualidade de vida	39
3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA	40
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	41
5 CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICES	57
ANEXOS	62

1 INTRODUÇÃO

Observando a sociedade nas últimas décadas, percebe-se a influência da tecnologia na formação dos indivíduos. A correria do dia a dia e a rapidez com que as informações chegam, refletem na forma em que as pessoas estão vivendo, se alimentando, se movimentando bem como praticando atividades físicas. Muitas mudanças sociais e ambientais devem-se a explosão da população, urbanização acelerada, aumento da expectativa de vida. (NAHAS, 2010).

As alterações na dinâmica demográfica são decorrentes da redução das taxas de crescimento populacional e mudanças na estrutura etária, onde o crescimento da população de crianças e adolescentes ficou mais lento, enquanto o da população em idade ativa e de pessoas idosas aumentou (IBGE, 2009).

As estimativas brasileiras indicam que os idosos (acima de 60 anos) representavam 4% em 1940, em 2000 representavam aproximadamente 8,6% e, para os próximos 20 anos, chegará a representar 13% a 15% da população. O segmento com mais de 80 anos aumentou de um número absoluto de 170 mil para 1,8 milhões no mesmo período. Esse número faz com que aconteçam mudanças expressivas na vida das pessoas, mudanças de gênero, responsabilidades familiares e alterando o perfil e as demandas por políticas públicas (IBGE, 2010).

Para Rikli e Jones (2008), a qualidade de vida nas pessoas adultos com mais idade depende da condição de saúde para que executem seus afazeres, sem dor e por tempo que for necessário. Com o aumento da expectativa de vida, cada vez mais se dá importância à condição física e à saúde. Devido aos avanços tecnológicos poucas carreiras na atualidade proporcionam gasto energético que atendam às necessidades funcionais e corporais.

Os níveis de atividade física são insatisfatórios na população. Em média, 60% dos adultos em países desenvolvidos, não realizam atividade física de forma regular. No Brasil, entre 10 e 40% da população é totalmente sedentária, podendo variar por região e grupo analisado. Essa inatividade é mais comum entre mulheres do que em homens, nas pessoas com mais idade do que nos

mais jovens e entre pessoas com menos escolaridade e baixo nível socioeconômico (NAHAS, 2010).

De acordo com Monteiro et. al apud Mazo et. al (2006), foi investigado o nível de atividade física nas horas de lazer nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil nos anos de 1996 e 1997, e observaram que o sedentarismo ou inatividade física é até dez vezes maior no Brasil do que em países desenvolvidos. Conforme outros estudos realizados em 2002 e 2004, em 17 capitais, em Florianópolis 44,4% da população é inativa fisicamente, e enquadra à capital em terceiro lugar entre as capitais insuficiente ativas.

De acordo com Gobbi (2006 p.47), o sedentarismo está aliado ao sobrepeso e obesidade, estes contribuem de forma significativa para o aumento de doenças e incapacidades que alteram de forma radical a vida de idosos. “Para os idosos sobrepõe-se aos riscos relacionados ao aumento da gordura corporal uma queda na capacidade física ou funcional, acompanhada de alterações psicológicas e redução nos níveis de atividade física”.

À medida que a idade cronológica aumenta as pessoas passam a ser menos ativas, as capacidades físicas, as atividades físicas, as alterações psicológicas diminuem e acompanham a idade e facilita a aparição de doenças crônicas, que, contribuem para o envelhecimento (MATSUDO, MATSUDO E NETO, 2000).

O principal problema da pesquisa é identificar quais são as características da qualidade de vida e aptidão funcional dos alunos matriculados na UAMI de Caçador.

O desenvolvimento desse trabalho justifica-se pela importância do tema escolhido, mostrando o quanto são relevantes os temas qualidade de vida e aptidão funcional para se viver bem. Porém existem poucos estudos relacionados a participantes das UAMIs, para que sejam melhor direcionadas as disciplinas relacionadas a promoção da saúde na grade curricular da UAMI. O envelhecimento cresce de uma forma acelerada no Brasil e no mundo, e isso desperta o interesse na questão qualidade de vida, e aumenta a preocupação de pesquisadores e outros.

Portanto, é fundamental avaliar esta população, para que possam surgir políticas públicas que tragam benefícios, podendo minimizar ou até

reverter à maioria dos declínios físicos, sociais e psicológicos dos participantes da UAMI de Caçador.

Segundo Chiarello et al. (2009), a Universidade do Contestado foi quem fundou em 1999, um programa voltado à população de idosos. As atividades desenvolvidas pela Universidade da Maior Idade na Universidade do Contestado – UAMI – UNC desenvolveu um projeto voltado ao saber, ao fazer e ao lazer, proporcionando uma vida ativa independentemente da idade, oferecendo novas oportunidades e socialização, sendo assim o mesmo reintegra-se em um programa com atividades produtivas e assim recupera o seu prestígio, vivenciando assim uma melhor qualidade de vida, manutenção de sua autonomia e gerando oportunidade de atualizar-se.

Sendo assim, o objetivo geral da presente pesquisa foi avaliar a aptidão funcional e a qualidade de vida de idosos que frequentam a UAMI, através do questionário WHOQOL – 100 e dos testes AAHPERD. E os objetivos específicos foram: a) Avaliar a qualidade de vida nos diferentes domínios do WHOQOL – 100; b) Determinar o nível de qualidade de vida geral; c) Avaliar a aptidão funcional e; d) classificar os fatores que influenciam na qualidade de vida de idoso.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Em todo mundo, está cada vez mais aumentando o número de pessoas com mais de 60 anos de idade, grupo que cresce mais que qualquer outra faixa etária. Espera-se um crescimento de 223% entre os anos de 1970 e 2025, esse número pode chegar a 694 milhões de pessoas mais velhas. Estima-se que em 2025 existirá em torno de 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Em 2050 estima-se dois bilhões de pessoas (WHO, 2005).

Nos países mais desenvolvidos, o crescimento do tempo de vida tem ultrapassado muitas das expectativas e dos cenários anteriormente traçados. Esta evolução, que acompanhou a transição epidemiológica, decorreu de uma melhoria do acesso aos cuidados de saúde, de uma substancial evolução do conhecimento médico, das técnicas de diagnóstico e do desenvolvimento da indústria farmacêutica a uma escala impensável há uns anos (FERNANDES, 2011).

Considerando países em desenvolvimento, como o Brasil, o fenômeno do envelhecimento populacional também é observado. As expectativas apontam que até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos (WHO, 2005). Houve crescimento absoluto da população do Brasil, com destaque na população com 65 anos ou mais, onde em 1991 era de 4,8%, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010.

Avaliando a situação por regiões, a proporção de idosos de 65 anos ou mais na região Norte passou de 3,0% em 1991 para 4,6% em 2010. Na região Nordeste passou de 5,1% em 1991 para 7,2% em 2010. Já na região Centro-Oeste, essa população passou de 3,3% em 1991 para 5,8% em 2010. As regiões Sudeste e Sul são consideradas as mais envelhecidas do país, com 8,1% da população apresentando mais de 65 anos em 2010.

Registrou-se também aumento na expectativa de vida no país, onde os brasileiros vivem 25 anos a mais que em 1960. Os idosos com mais de 100 anos de idade contabilizam 17 mil em 2010 (IBGE, 2010).

Em 50 anos, a esperança de vida ao nascer aumentou, passando 48,0 para 73,4 anos. Porém, nota-se que o número médio de filhos caiu de 6,3 filhos

para 1,9 nesse período, valor esse abaixo do nível de reposição da população. “A queda da taxa de fecundidade e da mortalidade infantil, aliadas à maior expectativa de vida da população, explicam essas mudanças do padrão demográfico”, caracterizando uma população mais envelhecida, o que altera visivelmente a estrutura da pirâmide etária (IBGE, 2010). Segundo a Organização Mundial da Saúde, o aumento dos anos de vida deve ser acompanhado para que possa haver uma melhoria na manutenção da saúde e qualidade de vida (WHO, 2005).

2.1.1 O Processo de Envelhecimento

Segundo Farinatti (2008), o envelhecimento trata-se de um conjunto de alterações físicas, psicológicas e espirituais que ocorrem na medida em que a idade avança, e assim acaba influenciando nas dimensões funcionais, sociais, emocionais e até mesmo no meio em que o cerca.

Para Spirduso (2005, p. 5), “o envelhecimento é um dos grandes enigmas da vida. Além do nascimento e da morte, é talvez a única experiência que todo ser humano divide”. O envelhecimento é um “processo ou conjunto de processos que ocorrem em organismos vivos e que com o passar do tempo levam a uma perda de adaptabilidade, deficiência funcional e pôr fim a morte” (SPIRDUSO, 2005, p. 6).

Para Both apud Mazo, Lopes e Benedetti (2009), “o ritual da morte começa muito cedo, começando pela morte social e psicológica, completando-se pela morte biológica”. Deve-se mudar a rotina da morte para a rotina da vida, onde se de destaque para a vida social, psicológica e biológica, não apenas na velhice, mas desde o nascimento de cada indivíduo.

Cada indivíduo tem sua forma de envelhecer, uma vez que uns vivem mais e outros menos. É necessário entender as causas do envelhecimento para que se possa interferir e adiar esse processo (SPIRDUSO, 2005). Nahas (2010, p.191) considera o envelhecimento um processo “gradual, universal e irreversível, pois acelera a maturidade e causa uma perda funcional no organismo humano”.

Segundo Guiselini (2004), não se pode evitar a morte, porém pode-se fazer algo para adiá-la por um período de tempo. Deve-se praticar um estilo de

vida saudável. Outra meta para a saúde é receber um diagnóstico médico de que se está livre de doenças. É importante manter níveis de saúde e hábitos saudáveis.

No entanto, não devemos entender o envelhecimento como um processo patológico, pois acontece com todos nós. “O que é patológico é a senilidade, que não acompanha necessariamente o envelhecimento” FERREIRA (2003, p. 13).

“Envelhecimento é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (WHO, 2005, p.13).

Para Geis (2003), cada indivíduo tem muito tempo para se preparar para uma velhice adequada, sendo que cada etapa da vida é uma preparação para a etapa seguinte. Deve-se buscar soluções para os problemas que surgem ao longo da vida, sendo assim, encontrar alternativas para cada situação, pois quanto mais alternativas e recursos se tiver para enfrentar o dia a dia, melhor se viverá na velhice e enfrentar possíveis situações que se possa encontrar nessa fase da vida. Cada pessoa deve envolver-se em atividades que ocupem seu tempo livre e que também seja gratificante, procurar situações que o façam sentir-se melhor, uma vez que o organismo vai se transformando e perdendo progressivamente suas “faculdades” ou valências físicas.

2.1.2 Envelhecimento Biológico

A genética e a biologia são fatores influentes no envelhecimento, uma vez que o envelhecimento representa a união de processos geneticamente determinados, podendo causar redução funcional progressiva e generalizada, potencializando o risco de doenças relacionadas ao envelhecimento (WHO, 2005).

Para Shephard (2003, p. 33), o corpo humano pode ser comparado a um computador, pelo fato que a função do computador, na medida em que envelhece, fica comprometida pela perda de informações. O envelhecimento humano pode ser entendido da mesma forma, mas pela perda de propriedades mecânicas.

Cada indivíduo pode desenvolver suas capacidades até os 31 anos de idade após essa idade ocorre um declínio em seu desempenho funcional, até que suas capacidades e afazeres do dia a dia fiquem comprometidos (BENEDETTI et al. 2007). Mazo, Lopes e Benedetti (2009) comentam que “o envelhecimento imprime alterações naturais em todo o organismo, sendo que seu processo biológico se traduz por um declínio harmônico de todo o conjunto orgânico, tornando-se mais acelerado a partir dos 70 anos de idade”.

Segundo Geis (2003 p. 22), estudos demonstram que tanto em laboratórios quanto na natureza ocorrem mudanças biológicas que conduziram a morte, as mesmas podem ser atribuídas ao envelhecimento. No decorrer do envelhecimento estudiosos observaram diferentes etapas como: “ fertilização, maturidade sexual, parada do crescimento e morte”. Nesse caso o envelhecimento seria uma continuação do crescimento.

“Por que envelhecemos? Quando a molécula de oxigênio chega ao interior da célula, penetra no interior de um orgânulo intracelular denominado mitocôndria. As mitocôndrias, mediante complexas reações químicas, são capazes de aproveitar o oxigênio e dele obter energia. Conseqüentemente, a partir dessas reações químicas, são produzidas algumas substâncias de resíduos. Essa espécie de lixo, à medida que vai sendo acumulada, é tóxica para a mitocôndria. Quando houver uma quantidade suficientemente grande de lixo, a mitocôndria será incapaz de realizar novas reações para aproveitar o oxigênio. Quando isso ocorre em um determinado número de mitocôndrias, a célula não pode mais obter energia e morre. Esse fenômeno, repetido nos diferentes tecidos do organismo vivo, condiciona seu envelhecimento. A capacidade de aproveitar o oxigênio, que supõe a possibilidade da vida, é, paradoxalmente, a responsável pelo envelhecimento celular e, portanto, pelo envelhecimento do indivíduo” (Geis 2003, p. 23).

Segundo Ferreira (2003), pode-se caracterizar o envelhecimento biológico por mudanças físicas através do avanço da idade como perda de energia e capacidade de adaptar-se a ambientes e ainda perdas celulares bem como das propriedades dos tecidos conjuntivos, aumenta-se a quantidade de gordura corporal, diminuição da força muscular, hormonal e ainda do consumo de O₂, perda óssea, diminuição gradual da audição, visão e outros.

Raso (2013 p. 565) defende que “o envelhecimento está associado a mudanças fisiológicas e alterações da composição corporal com declínios progressivos dos sistemas biológicos”. A principal mudança que ocorre é a sarcopenia, processo inevitável de perda involuntária de massa e força muscular.

Para Bendedetti et. al, (2007), a saúde pode modificar o perfil de indivíduos idosos, conforme a idade aumenta, começam a aparecer doenças crônico-degenerativas, e com isso diminui a capacidade funcional do organismo como um todo e também das disfunções orgânicas, funcionais e fisiológicas, possibilitando as incapacidades.

Com o passar dos anos as doenças não transmissíveis se transformaram na principal causa de morbidade, incapacidade e mortalidade, isso ocorre em todo mundo e também nos países desenvolvidos. As doenças não transmissíveis, é uma enfermidade típica em idosos, são caras para o indivíduo, família e também para o governo. Muitas dessas doenças podem ser evitadas ou adiadas. Não prevenir esses malefícios à saúde resultará em custos humanos e sociais, uma vez que as pessoas que se mantêm com saúde conforme envelhecem não enfrentam problemas em seu cotidiano. “A cultura, que abrange todas as pessoas e populações, modela nossa forma de envelhecer, pois influencia todos os outros fatores determinantes do envelhecimento ativo”. Quando pessoas associam sintomas de doenças ao processo de envelhecimento, acabam tornando mais difícil a prevenção à detecção precoce e tratamento apropriado (WHO, 2005, p. 21).

Para Baur; Egeler apud Barbosa (2000, p. 25), existem duas teorias que explicam o envelhecimento, a teoria de Retração e da Atividade. A teoria de Retração defende que o envelhecimento ocorre devido à imobilização, causada pelo tempo de vida trabalhado. Em pouco tempo os idosos atingiram fatores incapacitantes, acreditando que a teoria era lógica. Já a teoria da Atividade defende o papel da atividade física e sua importância, mostra que a mesma favorece a independência pessoal até mesmo o buscar contato social. Essa teoria demonstra que pessoas fisicamente ativas, ou seja, que praticam atividades físicas diárias, sobre o resultado de Cooper em idosos ativos de 60 anos são comparados aos sedentários de 25 anos. “Este foi o milagre da atividade física: juventude”. Cada indivíduo pode desenvolver suas

capacidades até os 31 anos de idade, após essa idade ocorre um declínio em seu desempenho funcional, até que suas capacidades e afazeres do dia a dia fiquem comprometidos (BENEDETTI et al. 2007).

2.1.4 Envelhecimento e Atividade Física

Para Caspersen et. al. apud Guiselini (2004), entende-se que a atividade física é qualquer movimento do corpo, produzidos pelos músculos esqueléticos, sendo assim voluntário, e resulta em gasto energético maior do que os níveis de repouso.

Cada indivíduo deve adquirir hábitos saudáveis, isso é importante no em todas as faixas etárias. Uma vez que adotar um estilo de vida saudável na velhice, pode ser tarde demais é mito, pois se deve adotar hábitos adequados como realizar atividades físicas adequadas, fazer uso de medicamentos com moderação, cuidar na alimentação e principalmente manter hábitos saudáveis como não beber e não fumar. Tudo isso pode prevenir diversos tipos de doenças e aumentar a qualidade de vida bem como a longevidade. Manter atividade física regular e moderada pode reduzir o risco de morte por problemas cardíacos entre 20 a 25%, também pode auxiliar na redução de doenças crônicas como cardiopatias (WHO, 2005).

“Poucas coisas na vida são mais importantes do que a saúde. E poucas coisas são tão essenciais para a saúde e o bem estar como atividade física” (NAHAS, 2003 p.18).

Para Bouchard, Shephard e Stephens apud Shephard (2003, p. 28):

“A atividade física regular diminui muitas desordens crônicas e auxilia a restaurar a função depois que os sintomas já apareceram. Isso parece ser verdade para doenças cardíacas isquêmicas, doenças vasculares periféricas, hipertensão, parada cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crônica, obesidade moderada, aparecimento de diabetes mellitus na maturidade, osteoporose e certas formas de câncer”.

Para Santos, Pozzobon e Périco (2012 p. 175), ter um estilo de vida saudável diminui os riscos de doenças cardiovasculares. A atividade física

pode influenciar na qualidade de vida e também na melhora do perfil lipídico, a OMS recomenda que indivíduos adotem hábitos de atividade física durante toda a vida, sendo assim recomenda-se ao menos 30 minutos de atividade física seja ela regular moderada ou intensa, todos os dias, com isso diminui os riscos de doenças cardiovasculares, melhorando seu estado funcional em todas as fases da vida, no entanto deve-se dar ênfase nas fases adultas e idosa. “Muitas doenças crônicas associadas à idade e redução na capacidade funcional podem ser prevenidas por meio do aumento da capacidade cardiovascular e da força muscular, por meio de treinamentos para a aptidão cardiorrespiratória”.

Segundo Madini e Michel, (2001), o coração reage muito melhor em pessoas fisicamente ativas. Sendo assim aumentando a contractilidade do miocárdio, uma baixa da frequência cardíaca e aumento da circulação cardíaca. Através da regularidade física ativa faz com que haja uma redução aos episódios de isquemia, sendo assim cria-se uma proteção do músculo cardíaco para outras doenças. Esses benefícios ocorrem em todas as idades de uma forma geral.

São evidentes os benefícios e efeitos positivos que a atividade física regular proporciona ao ser humano em geral. “Se os benefícios da atividade física são cada vez mais aceitos pela população em geral, eles se tornam mais evidentes na terceira idade” (TERRENOS, ARNAUDAS E CUCULLO apud GEIS, 2003, p. 49). Esses benefícios refletem tanto na resistência em geral e esforço, que é determinado pelo treinamento físico, quanto nas capacidades intelectuais. Porém, a atividade física para idosos está focada em prevenção, manutenção, reabilitação e recreação (GEIS, 2003).

Para Matsudo, Matsudo e Neto (2005, p. 8) “Não se pode pensar hoje em dia, em “prevenir” ou minimizar os efeitos do envelhecimento sem que além das medidas gerais de saúde, inclua-se a atividade física”.

Segundo WHO (2005, p. 8) “Em todos os países, e especialmente nos países em desenvolvimento, medidas para ajudar pessoas mais velhas a se manterem saudáveis e ativas são uma necessidade, não um luxo” (WHO, 2005, p. 8).

Segundo Malina (2009), a atividade física acontece de várias formas e contextos, podem-se incluir tarefas cotidianas, exercícios, educação física escolar, esportes e outros.

A motivação que determina qual prática que vai se realizar. O idoso tem um objetivo mais utilitário buscando a prevenção, a manutenção, a reabilitação e a recreação (GEIS, 2003).

Segundo Nuro apud Santos, Pozzobon e Périco (2012), o principal objetivo da prática da atividade física é proporcionar um fortalecimento da musculatura, melhora do sistema cardiovascular, perda de peso, aperfeiçoamento das habilidades físicas e a manutenção de qualquer parte do corpo. Para especialistas exercícios físicos feitos de forma regular estimula o sistema imunológico, além de ajudar a prevenir doenças e obesidade, auxilia na saúde mental e ajudam a prevenir depressão.

Segundo Mazo et. al (2012), a prática de exercícios físicos para idosos é essencial para se manter uma boa aptidão física, para se adquirir um bom processo de envelhecimento, como fator de proteção à saúde.

Cada vez mais pesquisadores procuram formas para evitar os malefícios causados pelo envelhecimento, para que seja possível evitar os declínios físicos, psicológicos e sociais que ocorrem com o crescente da idade, porém se realizada atividade física pode-se associar às melhorias significativas à saúde bem como na aptidão física, onde o idoso pode desenvolver melhor suas capacidades diárias de forma segura (ZAGO; GOBBI, 2003).

Segundo Raso (2013 p. 113), além de a atividade física regular atuar na prevenção de diversas doenças, a mesma é fundamental para a manutenção da aptidão física e funcional em todas as idades. Em geral a aptidão física está relacionada à saúde, por causar impacto sobre a independência funcional, sendo que a mesma é muito importante em idosos. “Existem certo consenso sobre a necessidade de se resguardarem os níveis de aptidão cardiorrespiratória, força muscular, e flexibilidade durante o processo de envelhecimento”. Para Gobbi; Ansarah apud Gobbi; Zago (2003 p.78), “Comprovam a melhoria dos componentes de aptidão funcional em indivíduos idosos relatando que praticantes de atividade física de forma regular tendem a apresentar uma melhor aptidão funcional e, conseqüentemente, maior autonomia”.

Para Rikli e Jones (2008), houve um aumento da expectativa de vida, e a manutenção da aptidão funcional é essencial para ter um estilo de vida ativo. Por isso, deve-se buscar formar e ajudar os idosos a manter uma vida saudável, ativa e independente.

2.2 APTIDÃO FUNCIONAL

Rikli e Jones (2008, p. 2) definem “Aptidão Física Funcional, como capacidade física de realizar as atividades normais da vida diária de forma segura e independente, sem fadiga injustificada”. Quando o indivíduo envelhece ele quer continuar tendo força, resistência, coordenação, flexibilidade e mobilidade.

A Aptidão Física sempre foi considerada uma preocupação importante para jovens e não para idosos, porém ela é de extrema importância para a velhice, uma vez que os níveis de agilidade, força, flexibilidade, resistência e coordenação, são essenciais para qualquer atividade. Embora estudos revelam que é possível reduzir a fragilidade física associada à velhice, caso seja dada uma importância maior para a atividade e aptidão funcional de idosos e, existe grande chance de serem detectados e tratados pontos fracos (RIKLI; JONES, 2008).

Manter uma rotina de exercícios mantém bons níveis de aptidão física e é importante para a saúde em geral. Um programa de exercícios adequados proporciona alterações fisiológicas, adaptações, melhora a força muscular, a função cardiorrespiratória e contribui para a flexibilidade. Essa melhora influencia no dia a dia das pessoas mantendo-as fisicamente ativas, podendo usufruir as horas de lazer e manter a independência funcional em todas as fases da vida. (ACSM, 2011).

“A aptidão funcional depende de diversos componentes, em especial a força muscular, a flexibilidade, a agilidade, o equilíbrio, capacidade aeróbia e a coordenação” (BENEDETTI et al, 2007 p. 29).

Alguns conceitos sobre os componentes da aptidão funcional:

2.2.1 Flexibilidade

É o mesmo que medir a amplitude articular de diferentes articulações sinoviais. Para Arena (2009, p. 204), “Flexibilidade é a capacidade de movimentar uma articulação ou série de articulações com uniformidade e facilidade, por meio de toda a amplitude de movimento”.

Raso (2013 p. 71) define a flexibilidade como: “a máxima variação da amplitude de movimento (ADM) de uma ou de várias articulações, sendo também definida como a relação entre a alteração do comprimento e da tensão do músculo quando este é passivamente alongado”. Vários fatores podem influenciar na flexibilidade tais como os músculos, tendões, ligamentos, ossos, articulações, temperatura, a idade, o sexo e outros. Segundo Raso (2013 p. 79), “Entre as alterações causadas pelo envelhecimento, às mudanças relacionadas ao sistema musculoesquelético são significativas para a saúde e a funcionalidade de idosos”. Pode-se dar destaque para a perda de flexibilidade, caracterizada pelo encurtamento dos músculos. A diminuição da amplitude de movimento é reduzida após os 40 anos de idade. “A flexibilidade, depende da extensibilidade muscular, declina em média 20 a 50% entre os 30 e 70 anos”. O envelhecimento traz a degeneração das fibras elásticas, que prejudica as articulações pelo aumento da rigidez.

Para o ACSM (2011, p. 359) “flexibilidade refere-se ao grau em que uma articulação se movimenta através de uma amplitude de movimento normal indolor”. A flexibilidade é muito importante, porém não se dá o devido valor, em relação à aptidão física relacionada à saúde. A flexibilidade diminui conforme o passar dos anos e junto com ela a inatividade física. À medida em que se envelhece a amplitude de movimento vai se degradando ocorre uma perda global em média 25% - 30% por volta dos 70 anos de idade. A flexibilidade precária junto com a redução da força muscular, influencia diretamente no cotidiano das pessoas.

Zago; Gobbi (2003 p. 79) definem flexibilidade como “uma das capacidades físicas que depende do estado e condição das estruturas que envolvem as articulações”. Sendo assim, a flexibilidade é de extrema importância para o movimento, e também para a aptidão funcional mais específico ao idoso. Uma vez diminuída essa capacidade limita a possibilidade

de movimentar-se (andar, calçar um sapato, vestir um casaco entre outros) além de aumentar o risco de lesões.

“A flexibilidade é específica para cada articulação e depende da estrutura anatômica e da elasticidade de músculos, tendões e ligamentos”. O desuso dessas estruturas provoca seu encurtamento, diminuindo sua capacidade com o passar do tempo. Isso dificulta a realização das atividades da vida diária, embora se saiba que muito da perda de flexibilidade com o envelhecimento é devido à diminuição dos níveis de atividade física. Assim sendo, essa qualidade física é um componente essencial da aptidão funcional do idoso (BENEDETTI et al. 2007 p. 29).

Ao envelhecer, a falta de flexibilidade pode trazer limitações de movimentos no dia a dia, acarretando malefícios a saúde. Idosos sedentários estão mais propensos a problemas ossos e articulares como artrites, artroses e osteoporose (ARENA, 2009).

A uma melhora nas propriedades elásticas dos tendões, ligamentos e tecidos, com a ajuda de programas regulares exijam uma amplitude de movimento maior que as habituais. Estudos revelam que indivíduos com bons níveis de flexibilidade apresentam menos problemas relacionados à osteomioarticulares (FARINATTI, 2008). Tem-se aumentado muito o interesse por estudos em relação à flexibilidade uma vez que a mesma é importante para aptidão física tanto no contexto desportivo quanto para a saúde. “Os níveis mínimos de amplitude do movimento são necessários para uma boa qualidade de vida e, dificilmente, encontram-se propostas de programas de atividades físicas que não incluam em seus objetivos” (FARINATTI, 2008, p. 96).

Para Ferreira (2003, p. 19), “O mais importante no que diz respeito à flexibilidade é trabalhá-la sempre, respeitando os limites do aluno, para que não se torne um processo doloroso ou até cause um problema mais sério”.

Uma boa flexibilidade pode ser essencial para se ter um bom desempenho físico, tanto para as atividades da vida diária quanto para se praticar atividades físicas. Para prevenir lesões musculotendinosa, deve-se manter uma manutenção a flexibilidade. Sendo assim os exercícios de alongamento e flexibilidade tornam-se essenciais para se manter um condicionamento voltado à saúde (ARENA, 2009).

2.2.2 Coordenação

Weineck apud Guiselini (2004, p. 45) afirmam que coordenação motora é a “ação conjunta do sistema nervoso central e da musculatura esquelética, dentro de uma sequência de movimentos objetiva”.

“Essa qualidade física é a base para o aprendizado sensório-motor, facilita a aprendizagem e correção de movimentos novos e automatizados e dependem de outros elementos da aptidão física e de suas interações, como força, velocidade, capacidade aeróbia e flexibilidade. A lentidão devido ao decréscimo da coordenação afeta os movimentos da vida diária” (BENEDETTI et al, 2007 p.29).

O avanço da idade causa uma perda da velocidade dos movimentos, da massa muscular e reduz à capacidade de combinar esses movimentos, isso gera reações e situações inesperadas, podendo aumentar riscos de acidentes (BENEDETTI et al, 2007). De acordo com Weneck apud Zago; Gobbi (2003 p. 78), “o envelhecimento provoca uma diminuição a capacidade dos movimentos, gerando falsas reações frente a situações inesperadas, o que aumenta o risco de acidentes”. Por isso é importante manter os bons níveis de coordenação, podendo ajudar e causar melhoras significativas em diversas tarefas motoras cotidianas além de auxiliar outras capacidades físicas. Segundo Shephard (2003), o envelhecimento muitas vezes é marcado por uma perda das funções celulares e dos órgãos, podendo surgir uma falha dos mecanismos que coordenam a função entre várias partes do corpo. Ocorre um enfraquecimento no sistema neural como no sistema hormonal, isso faz com que ocorra uma limitação da capacidade de reação nas tensões internas e externas.

2.2.3 Resistência de Força

Resistência muscular ou resistência de força é a capacidade que um determinado grupo de músculos tem em realizar contrações sem que ocorra uma diminuição significativa na eficiência do trabalho realizado (NAHAS, 2014).

Para Moritani e de Vries apud Shephard (2003 p. 164), até pouco tempo se dava maior ênfase para o desenvolvimento da função aeróbica. Porém,

deve-se dar a mesma importância à manutenção e o aumento e força e flexibilidade, uma vez que essas valências são de extrema importância para se ter uma qualidade de vida, principalmente em idosos frágeis. Estudos demonstram que pode aumentar a força muscular através com exercícios de força próprios para idosos, “sem induzir a um aumento perigoso e excessivo da pressão arterial sistêmica”. Parte do ganho através do desempenho muscular deve-se a fatores como a melhora da coordenação e uma maior ativação neural.

Segundo ACSM (2011) associa-se o envelhecimento a redução de massa muscular, a mesma contribui para a diminuição da força muscular e com o declínio da capacidade funcional. Caso não haja um treinamento muscular o mesmo pode deteriorar o equilíbrio, a mobilidade e afetar até mesmo a independência de pessoas com mais idade.

Para Farinatti (2008, p. 87), “Uma das características mais marcantes do processo de envelhecimento é o declínio gradual da capacidade de desempenho muscular. Esse fenômeno é uma das principais causas da perda de autonomia de ação de idosos. ” Sendo assim, a função muscular é muito importante para o indivíduo de forma que o mesmo possa desenvolver suas atividades cotidianas, atividades essas que são imprescindíveis como subir e descer degraus, usar transportes coletivos, cozinhar, calçar-se, vestir-se entre essas várias atividades que envolvem o lazer e até mesmo o profissional. “A manutenção da força muscular contribui para prevenir a instabilidade articular e, possivelmente, a osteoporose. ” Mantendo uma manutenção regular deve-se diminuir o risco de quedas.

As causas apontadas como responsáveis por perda massa muscular é a diminuição dos níveis de hormônio de crescimento, que acarretam com a diminuição da atividade física e envelhecimento, não se pode deixar de citar que fatores nutricionais, hormonais, endócrinos e neurológicos influenciam também na perda de força muscular que acontece com a idade. “A perda da massa muscular e conseqüentemente da força muscular é, a nosso ver, a principal responsável pela deterioração na mobilidade e na capacidade funcional do indivíduo que está envelhecendo” (MATSUDO; MATSUDO; NETO, 2000).

A força muscular permite que o corpo se movimente através da contração muscular. Quando trabalhada a musculatura com frequência, torna-se mais firme, forte e flexível em comparação a músculos inativos, que se tornam fracos, flácidos e sem elasticidade. A função muscular é muito importante para a autonomia de indivíduos idosos, e afazeres cotidianos. Pode-se destacar que ocorre uma perda de massa muscular magra com o acréscimo da idade. Para desenvolver os níveis de força é preciso praticar atividades físicas, podendo ser atividades aeróbicas para melhorar os níveis de força de membros superiores e inferiores, auxiliando também na agilidade e equilíbrio (BENEDETTI et. al, 2007).

Segundo Rikli e Jones (2008 p.17), “a manutenção da força muscular deve ser a prioridade número um do trabalho com idoso”. Sem a manutenção da força muscular pode provocar efeitos devastadores na capacidade e desempenho das atividades do dia a dia. As estatísticas indicam que a diminuição da força faz com que muitos indivíduos percam a capacidade de desempenhar funções usuais. A força muscular ajuda na redução da perda óssea, manter a massa magra, ajuda na glicose e a prevenir a obesidade, porém, a variável mais importante à perda da força muscular de idosos é a falta de atividade física. O exercício físico ajuda na recuperação da força muscular em qualquer idade resultando na melhora da mobilidade funcional. Segundo Frontera apud Shephard (2003, p.144), “o treinamento de força faz com que haja “ganhos substanciais na secção transversal muscular e na força muscular da pessoa idosa”, isso ocorre quando há condições nutricionais e hormonais adequadas”. Para Monteiro et. al, apud Zago; Gobbi (2003 p.79), “a importância da função muscular na autonomia do idoso, reside no fato de a força associar-se inegavelmente, a uma grande quantidade de atividades cotidianas”. Para ACSM apud Dantas e Vale (2004 p. 176), “a aptidão muscular pode tornar possível à realização das atividades da vida diária com menos esforço e prolongar a independência funcional, por permitir viver os últimos anos de modo autossuficiente e digno”.

2.2.4 Agilidade e Equilíbrio Dinâmico

A agilidade é capacidade de realizar movimentos rápidos em um curto tempo com mudanças de direção ou eixos, podendo ocorrer aceleração e desaceleração de movimentos. É um componente de aptidão funcional muito importante no cotidiano de idosos, como desviar-se rapidamente, obstáculos, objetos domésticos e outros. Equilíbrio é o mesmo que manter uma postura corporal estática ou dinâmica, permite ao indivíduo responder às demandas cotidianas auxilia na prevenção de quedas, as quais podem ser prejudiciais à saúde dos mesmos. Com o acréscimo da idade ocorre um declínio do equilíbrio e de agilidade pela diminuição da capacidade do sistema neuromotor para movimentar-se. É importante manter uma manutenção das valências da aptidão funcional, sendo que a mesma é importante para que o idoso viva bem (BENEDETTI et. al, 2007).

Para Zago; Gobbi (2003), a agilidade é necessária para execução de várias atividades do dia a dia do idoso como desviar de objetos se locomoverem rapidamente entre outras necessidades. É importante manter bons níveis de agilidade uma vez que essa possa proporcionar qualidade de vida e prevenir quedas e assim, recuperar o equilíbrio com mais facilidade.

Para Matsudo et. al apud Zago; Gobbi (2003 p.79) é necessário manter os níveis de agilidade uma vez que a mesma estar relacionada com outras capacidades bem como força muscular, flexibilidade e velocidade, todas sofrem alterações ou declínio com o avanço da idade. “[...] o processo de diminuição de massa muscular, observado no envelhecimento, está associado a limitações funcionais importantes como o déficit no andar e na mobilidade, prejudicando consideravelmente os níveis de agilidade e equilíbrio”.

A redução do equilíbrio é atribuída à redução da idade em múltiplos sistemas fisiológicos, influenciando na flexibilidade e força muscular além da redução da informação sensorial nas respostas motoras. Causando maior risco de quedas, equilíbrio, mobilidade e limitação das atividades cotidianas (ACSM, 2011).

2.2.5 Capacidade Aeróbia

Capacidade Aeróbica pode ser chamada por Aptidão Cardiorrespiratória ou Resistência Aeróbica. Entende-se que é a capacidade de o organismo resistir à fadiga quando ocorre um esforço a mais do que o necessário em atividades com longa ou média duração. Essa depende da quantidade de captação e distribuição de oxigênio para músculos em exercício. Envolvendo os sistemas cardiovasculares e respiratórios. “A eficiência dos músculos na utilização do oxigênio transportado e a disponibilidade de combustível (glicose ou gordura) para produzir energia também determinam a aptidão cardiorrespiratória de uma pessoa” (NAHAS, 2014 p. 53).

O acréscimo da idade em humanos “provoca uma diminuição na captação máxima de oxigênio, na frequência cardíaca, no volume de ejeção, na ventilação pulmonar e na força muscular, que pode ser em maior ou menor grau”, se houver uma prática de atividades físicas regular pode-se trazer benefícios à capacidade aeróbica. Essas atividades podem ser caminhadas, exercícios de força e flexibilidade, onde pode ocorrer benefícios aumentando os níveis da capacidade aeróbia e força de membros inferiores, superiores bem como agilidade e equilíbrio dinâmico (BENEDETTI et. al, 2007).

Para Spirduso apud Zago; Gobbi (2003), “a taxa de declínio da resistência aeróbica geral normalmente chega a 1% ao ano (mensurado em Vo₂ max)”. Para Raso (2013, p. 114), “a capacidade aeróbica das pessoas com mais de 50 anos de idade que praticam atividade física é de 20 a 30% maior que a observada em adultos inativos de mesma idade”. O idoso quando começa a treinar sua potência aeróbica pode atingir ganhos maiores do que adultos mais jovens.

De acordo com ACSM (2011, p. 136):

“O treinamento com exercícios de endurance aumenta a capacidade funcional e proporciona alívio dos sintomas em muitas pessoas com doenças coronarianas” [...] “Estudos longitudinais mostram que os níveis mais altos de aptidão aeróbica estão associados a uma mortalidade mais baixa por doença cardíaca, até mesmo após fazer ajustes estatísticos para idade, fatores de riscos coronarianos e história familiar de doença cardíaca”.

“Quando idosos sedentários passam a frequentar programas de atividade física, há uma melhora significativa na capacidade aeróbica tanto dos homens quanto das mulheres” (ZAGO; GOBBI, 2003).

Todas as partes corporais, se usadas com moderação e se exercitadas em tarefas a que estão acostumadas, tornam-se saudáveis e envelhecem mais lentamente; se pouco utilizadas, tornam-se mais sujeitas às doenças e envelhecem rapidamente (NAHAS, 2010). A aptidão cardiorrespiratória é muito importante para adultos na velhice, pois a degradação da mesma pode contribuir para a mortalidade precoce em adultos e idosos, a mesma influencia na capacidade funcional fisiológica e perda da independência (ACSM, 2011).

2.3 QUALIDADE DE VIDA

Segundo Fleck (1999), o termo qualidade de vida foi utilizado pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, ao dizer que: “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”. Esses conceitos podem ser definidos como “padrão de vida” e “qualidade de vida” foi utilizado por cientistas sociais, filósofos e políticos. Para o autor o conceito de qualidade de vida refere-se a um movimento dentro das áreas afins como ciências humanas e biológicas com o objetivo de valorizar os parâmetros mais amplos do que “controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida”.

Embora para muitos o termo qualidade de vida pareça ter apenas um único significado: “Condições de saúde”, “funcionamento social” e “qualidade de vida” têm sido usados como sinônimos (FLECK, 1999).

Nahas (2013), diz que em 1994, Gill e Feinstein definiram qualidade de vida como “uma percepção individual relativa às condições de saúde e a outros aspectos gerais da vida pessoal”. Recentemente qualidade de vida vem sendo relacionada ao cuidado com a saúde, pacientes de doenças graves e crônico degenerativos.

Para a OMS, qualidade de vida é:

“A percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características do ambiente”.

De acordo com Nahas (2010), qualidade de vida tende a mudar de acordo com o tempo e também com o indivíduo, porém são vários fatores que o determinam. Fatores esse que se associam à: “estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, disposição, prazer e até espiritualidade”. Para o autor uma forma mais objetiva de definir qualidade de vida, nada mais é uma medida da própria dignidade humana, uma vez que se atende as necessidades humanas fundamentais.

Tendo uma visão global de qualidade de vida, “a percepção de bem-estar resultante de um conjunto de parâmetros individuais e socioambientais, modificáveis ou não, que caracterizam as condições em que se vive o ser humano” (NAHAS,2010 p. 16).

“Á medida e um indivíduo envelhece, sua qualidade de vida é fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência” (WHO, 2005).

Pode-se considerar que tenha qualidade de vida aquele que possa proporcionar ao indivíduo que nela possa desenvolver seu viver, sentir, trabalhar, produzir bens, satisfação no trabalho, relações familiares, disposição, prazer, lazer e até espiritualidade ou seja tornar-se útil.

Para Fernandes (2011), nos países mais desenvolvidos o crescimento do tempo de vida tem ultrapassado muitas das expectativas e dos cenários anteriormente traçados. Esta evolução, que acompanhou a transição epidemiológica, decorreu de uma melhoria do acesso aos cuidados de saúde, de uma substancial evolução do conhecimento médico, das técnicas de diagnóstico e do desenvolvimento da indústria farmacêutica a uma escala impensável há uns anos. A tudo isto há que acrescentar o desenvolvimento econômico e social, cujos impactos benéficos na saúde das populações são já fatos adquiridos. Podemos dizer que usufruímos de boas condições de saúde

nos países ricos e desenvolvidos. Atingimos níveis de sobrevivência elevados, traduzidos numa esperança de vida à nascença que se aproxima do limite máximo possível da sobrevivência média de uma geração.

Cada indivíduo deve adquirir hábitos saudáveis, isso é importante em todas as faixas etárias. Uma vez que adotar um estilo de vida saudável na velhice, pode ser tarde demais é mito, pois deve-se adotar hábitos adequados como realizar atividades físicas adequadas, fazer uso de medicamentos com moderação, cuidar na alimentação e principalmente manter hábitos saudáveis como não beber e não fumar. Tudo isso pode prevenir diversos tipos de doenças e aumentar a qualidade de vida bem como a longevidade. Manter atividade física regular e moderada pode reduzir o risco de morte por problemas cardíacos entre 20 a 25%, também pode auxiliar na redução de doenças crônicas como cardiopatias. O idoso que realiza atividade física regular está promovendo a si mesmo uma vida social, além de se tornarem cada vez mais independentes (WHO, 2005).

Poucas coisas na vida são mais importantes do que a saúde. E poucas coisas são tão essenciais para a saúde e o bem estar como atividade física. (NAHAS, 2010).

2.4 UAMI

Segundo Irigaray e Schneider (2008), devido à grande quantia de idosos na população e a visão que se tem sobre o envelhecimento, buscou-se a partir de 1990, viabilizar espaços voltados exclusivamente as pessoas idosas para que assim fosse possível realizar reuniões, como grupos de convivência, associação de aposentados, as escolas abertas e as universidades da melhor idade. Esses espaços são chamados por vários nomes, porém sem ser desconhecida a diferença entre eles, de programas para a melhor idade. O principal elemento para a participação nesses programas é a idade cronológica, que assim definem tanto a reunião quanto as práticas desenvolvidas.

Para Chiarello et al. (2009), os principais objetivos das UAMIs Universidades Abertas da Melhor Idade é desenvolver programas e projetos que visam o saber, o fazer e o lazer, assim proporcionando uma vida ativa com

novas oportunidades e descobertas bem como a integração em grupos sociais além da oportunidade de atualizar-se.

Para Webber e Celich (2007), O processo educativo proporciona ao indivíduo a possibilidade de “apropriar-se da sua própria experiência e de partilhar com as experiências dos outros”, isso pode melhorar as condições da vida diária como independência e capacidade de autocuidado, sendo assim, pode lhes proporcionar encorajamento e apoio para que assim possam controlar suas vidas.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa é do tipo descritiva, observacional, com delineamento transversal. Segundo Dalfovo et al. (2008), a pesquisa descritiva observa o comportamento dos indivíduos e analisa qualitativa e quantitativamente as observações.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo foram os alunos da Universidade Aberta da Maior Idade – UAMI Caçador. As UAMIs da Uniarp hoje, conta com 426 alunos de ambos os sexos, com idades entre 45 a 84 anos de idade. A UAMI de Caçador conta com 143 alunos matriculados e Fraiburgo 140 alunos matriculados. A amostra foi intencional, neste sentido, participaram do estudo e responderam o questionário sobre qualidade de vida 23 mulheres e 2 homens, sendo 25 alunos matriculados com idade média de 63 anos, nos testes de qualidade de vida.

Para a avaliação de aptidão funcional foi utilizada como população deste estudo os alunos da UAMI das cidades de Caçador e Fraiburgo. A amostra foi intencional, neste sentido, participaram do estudo 24 mulheres idosas da cidade de Caçador e 25 mulheres idosas de Fraiburgo idosos, sendo 49 mulheres idosas, com idade igual ou superior a 60 anos.

A amostra foi dividida em quatro grupos, sendo dois grupos de Fraiburgo e dois grupos de Caçador. Os grupos de Fraiburgo são GF1, com faixa etária de 60 a 69 anos e o GF2, com faixa etária de 70 a 79 anos. Os grupos de Caçador receberam a nomenclatura de GC1, com faixa etária de 60 a 69 anos e GC2, com faixa etária de 70 a 79 anos de idade.

Critérios de Inclusão:

- Estar matriculada na UAMI dos municípios de Caçador/SC ou Fraiburgo/SC;

- Não ter qualquer restrição médica para a realização dos testes e avaliações neuromotoras;
- Assinar e estar de acordo com o termo de consentimento livre e esclarecido.
- Ambos os sexos

Crítérios de Exclusão:

- Não atender aos critérios de inclusão propostos;
- Não assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

3.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Todos os idosos foram informados sobre o objetivo da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), protocolo número 005/13.

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

3.4.1 Aptidão Funcional

Para avaliar a aptidão funcional, foi utilizada a bateria de testes para idosos desenvolvida pela AAHPERD (OSNESS et al., 1990). Esta bateria é composta por cinco testes motores (flexibilidade, coordenação, agilidade, equilíbrio dinâmico, resistência de força de membros superiores e resistência aeróbia geral), aplicados nesta sequência. A opção pela utilização da referida bateria deve-se ao fato de que as tarefas realizadas durante os testes são similares às atividades cotidianas exigidas das participantes idosas, aproximando assim os testes com a vida cotidiana das mesmas.

Na presente pesquisa, utilizou-se somente os testes de flexibilidade, coordenação, agilidade, equilíbrio dinâmico, resistência de força de membros superiores, por motivo de impossibilidade na realização do teste de resistência aeróbia geral. A bateria da AAHPERD é uma bateria que atende a critérios de

validade e confiabilidade (ZAGO, 2003) e avalia os seguintes componentes da aptidão funcional:

- 1) Teste de agilidade e equilíbrio dinâmico (AGIL): As participantes iniciaram o teste sentada numa cadeira com os pés apoiados no chão. Ao sinal de “pronto, já” levantaram e caminharam em direção à direita e circundaram um cone que estava posicionado a 1,50m para trás e 1,80m para o lado da cadeira retornando para a cadeira e sentando-se. Imediatamente as mesmas tinham que levantar os pés do chão, e novamente levantaram, movendo-se para a esquerda e circundando o segundo cone, retornando para a cadeira e sentando-se novamente. Isto completou um circuito. As avaliadas repetiram o mesmo circuito três vezes para fazer o melhor tempo (o menos) possível. Após isso foram anotados os três tempos em segundos (ver ilustração nº1).

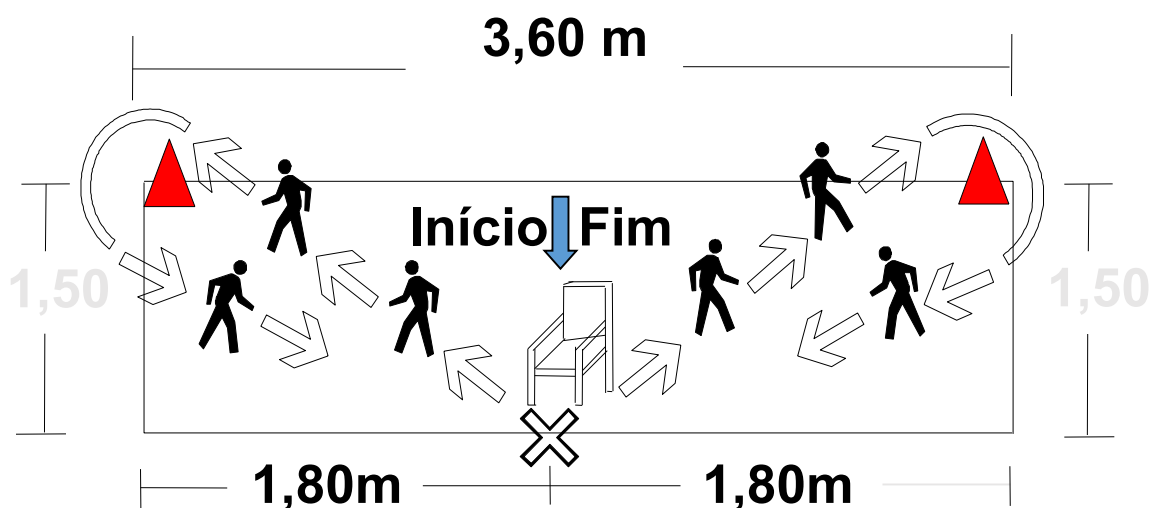


Figura 1- Ilustração gráfica do teste de agilidade e equilíbrio dinâmico (Zago e Gobbi, 2003; adaptada de Osness et. al., 1990).

- 2) Teste de coordenação (COO): Um pedaço de fita adesiva com 76,2 cm de comprimento foi fixado sobre uma mesa. Sobre a fita foram feitas seis marcas com 12,7 cm de distância entre si, com a primeira e última marca a 6,35 cm de distância das extremidades da fita. Sobre cada uma das seis marcas foi afixado, perpendicularmente à fita, outro pedaço de fita adesiva com 7,6 cm de comprimento. As participantes sentaram-se de frente para a mesa e usaram sua mão dominante para realizar o teste. Se a mão dominante fosse à direita,

uma lata de refrigerante era colocada na posição um, a lata dois na posição três e, a lata três na posição cinco. A mão dominante ficava sobre a mesa, com o polegar para cima, estando o cotovelo flexionado num ângulo de 100 a 120 graus, ao sinal do avaliador cada avaliada iniciou o teste. (Ver ilustração nº 2)

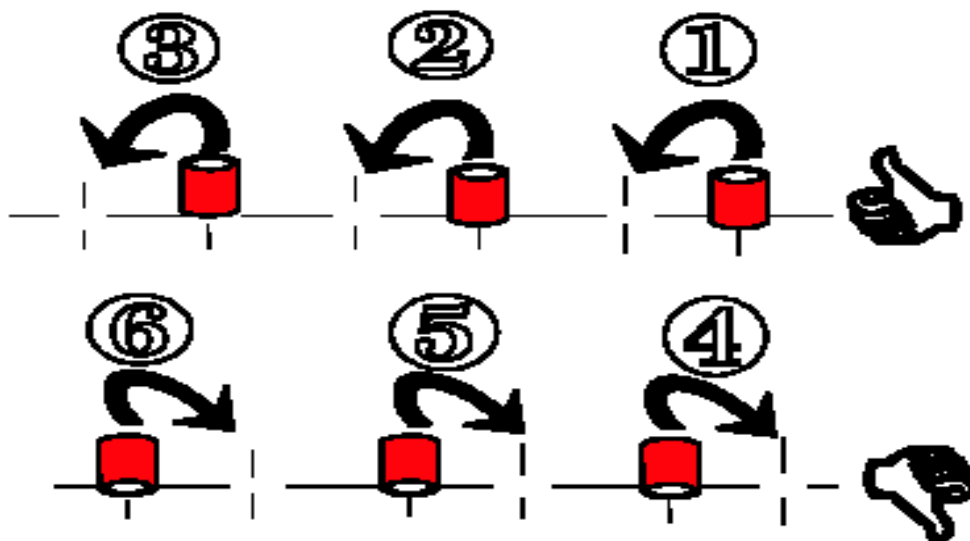


Figura 2- Ilustração gráfica do teste de coordenação óculo-manual (Zago e Gobbi, 2003; adaptada Osness et, al., 1990).

Ao comando do avaliador, um cronômetro foi acionado e, as participantes, virando a lata inverteu sua base de apoio, de forma que a lata um fosse colocada na posição 02; a lata dois na posição 04 e a lata três na posição 06. Sem perder tempo, o avaliado, estando agora com o polegar apontado para baixo, apanhou a lata um e inverteu novamente sua base, recolocando-a na posição 01 e da mesma forma procedeu colocando a lata dois na posição 03 e a lata três na posição 05, completando assim um circuito. Uma tentativa equivale à realização do circuito três vezes, sem interrupções. No caso de a avaliada ser canhota, o mesmo procedimento foi adotado, exceto as latas que foram colocadas a partir da esquerda, invertendo-se as posições. A cada participante foram concedidas uma tentativa de prática, seguidas por outras três válidas para avaliação, sendo estas últimas três anotadas até décimos de segundo e consideradas como resultado final o menor dos tempos obtidos.

- 3) Teste de flexibilidade (FLEX): Esse teste foi adaptado para melhor conforto das avaliadas, foi utilizado um banco de Wells Instant Flex Sanny estrutura em

MDF de 18 mm, altura 31 cm e comprimento de 64,5 cm, largura, 40 cm espessura, 2 cm e peso de 03 Kg.

As participantes descalças sentaram-se sob o colchonete no chão com as pernas estendidas, os pés afastados 30,4 cm entre si, os artelhos apontando para cima e os calcanhares apoiados ao banco. O zero da fita métrica apontou para o participante. Com as mãos, uma sobre a outra, as participantes vagarosamente deslizaram as mãos sobre a fita métrica tão distante quanto pôde, permanecendo na posição final no mínimo por 2 segundos. O avaliador segurou o joelho das participantes para não permitir que o mesmo se flexionasse. Foi oferecida uma tentativa de prática, seguidas de três tentativas de teste. O resultado final foi dado pela melhor das duas tentativas anotadas. (Ver figura nº3)

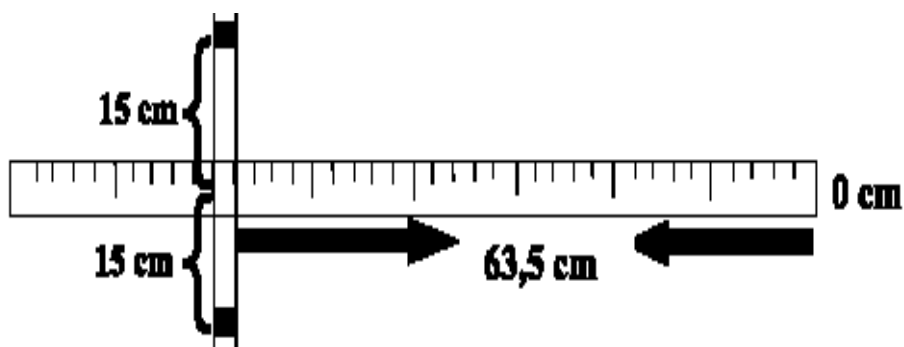


Figura 3- Ilustração gráfica do teste de Flexibilidade (Zago e Gobbi, 2003; adaptada Osness et, al., 1990).

- 4) Teste de força e endurance de membros superiores (RESISFOR): Foi utilizado um halter pesando 1,814 Kg (peso para as mulheres). As participantes sentaram-se em uma cadeira sem braços, apoiando as costas no encosto da cadeira, com o tronco ereto, olhando diretamente para frente e com os pés totalmente apoiados ao chão. O braço dominante deveria permanecer relaxado e estendido ao longo do corpo enquanto a mão não dominante apoiava-se sobre a coxa. O primeiro avaliador posicionou-se ao lado da avaliada, sobre o bíceps do mesmo e a outra suportou o halter que foi colocado na mão dominante do participante. O halter deveria estar paralelamente ao solo com uma de suas extremidades voltadas para frente. Quando o segundo avaliador, responsável pelo cronômetro, sinalizou com um “pronto ou já”, as participantes

contraíram o bíceps, realizando uma flexão do cotovelo até que o antebraço tocasse a mão do primeiro avaliador, que estava posicionada no bíceps das avaliadas. Quando esta prática de tentativa foi completada, o halter foi colocado no chão e 1 minuto de descanso foi permitido para cada avaliada. Após este tempo, o teste foi iniciado, repetindo-se o mesmo procedimento, mas desta vez as avaliadas realizaram o maior número de repetições no tempo de 30 segundos que foi anotado como resultado final do teste.

As avaliações foram realizadas nas instalações da UNIARP de Caçador e Fraiburgo. Todas as voluntárias receberam explicações sobre os procedimentos da pesquisa, incluindo riscos e benefícios e, aquelas que concordaram em participar, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

3.4.2 Qualidade de vida

Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o questionário WHOQOL-100 (*World Health Organization Quality of Life Group* – Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde) proposto por Fleck *et al* (2003), que consiste de 24 facetas em uma escala de *Likert* (1932) de 1 a 5, atribuídos a seis domínios: Domínio Físico (FIS), Domínio Psicológico (PSC), Nível de Independência (NID), Relações Sociais (RSO), Meio Ambiente (MA) e Aspectos Espirituais, Religião e Crenças Pessoais (AERC). Cada um destes domínios possui quatro itens, e o escore dos valores dessas facetas pode oscilar de 4 a 20 (FERRAZ *et al*, 2002). Os resultados dos escores brutos de cada faceta foram transformados em um escore que variou de zero a 100. Esta transformação de um escore bruto para um escore transformado da escala entre o zero e 100 possibilitou expressar o escore da escala em percentagem entre o valor mais baixo possível (0) e o mais alto possível (100) de classificação da qualidade de vida de acordo com o manual do WHOQOL-100. Através da amplitude das respostas, os valores de 0 – 20 foram classificados como muito insatisfeitos, 21 – 40 insatisfeitos, 41 – 60 nem insatisfeitos nem satisfeitos, 61 – 80 satisfeitos e 81 – 100 muitos satisfeitos. Além disso, na escala utilizada de zero a 100, quanto mais próximo o escore médio dos idosos

estiver de 100, mais satisfeita ou positiva é a percepção da qualidade de vida geral (QV geral).

3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para classificar a Aptidão Funcional nos grupos com faixa etária entre 60 e 69 anos, foram usados os valores normativos de Zago e Gobbi (2003). O grupo com faixa etária entre 70 e 79 anos foi classificado de acordo com os valores normativos de Benedetti et. al. 2007.

Os dados coletados foram organizados no programa Microsoft Office Excel. A partir dos dados coletados foi determinada a média e desvio padrão dos mesmos por meio da estatística descritiva. Já para a análise dos dados com os dados de referência, foram comparadas as médias utilizando o teste “T” de student para uma amostra. Para tanto foi utilizado o pacote estatístico SPSS 16.

Para a análise dos resultados da qualidade de vida dos idosos foi utilizado o modelo estatístico adotado pelo WHOQOL–100, segundo o método e resultados de grupos focais no Brasil (FERRAZ *et al*, 2002). Todas as análises foram realizadas através do *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS (20.0).

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Inicialmente, verificou-se a necessidade de desenvolver uma avaliação que possibilitasse detectar o grau de funcionalidade de idosas da UAMI e em quais componentes da aptidão física há necessidade de desenvolver propostas que possam manter ou melhorar os componentes motores, com vistas à manutenção de um viver mais independente em seu cotidiano em geral.

Neste capítulo serão apresentados os resultados a partir das coletas de dados e comparação com estudos semelhantes. Os valores encontram-se em forma de tabelas e gráficos. A Tabela 1 apresenta a média, desvio padrão, valor mínimo e máximo de cada capacidade física avaliada, separados por grupo.

Tabela 1 – Média, desvio padrão, valor menor e maior dos testes de aptidão funcional de idosas participante da UAMI dos municípios de Caçador/SC e Fraiburgo/SC.

GR	VARIÁVEL	Nº	MÍNIMA	MÁXIMA	MÉDIA	DP
GF1	COO	20	6,58	17,56	9,7	±0,97
	RESIFOR	20	10	29	20,45	±3,94
	FLEX	20	12	44	27,85	±8,10
	AGIL	20	16,12	27,62	21,94	±1,30
GF2	COO	05	8,54	20,6	9,62	±0,73
	RESIFOR	05	11	22	18,8	± 1,92
	FLEX	05	17	31,5	25,4	± 5,06
	AGIL	05	23,6	30,76	22,92	± 0,63
GC1	COO	14	8	21	10,6	±3,1
	RESIFOR	14	9	43	24,9	±12,5
	FLEX	14	16,5	43	28,6	±6,9
	AGIL	14	18	48	27,9	±10,3

GC2	COO	10	9	16	11	±1,9
	RESIFOR	10	10	45	18,7	±13,0
	FLEX	10	17	32	22,9	±22,9
	AGIL	10	20	52	36,3	±36,3

Legenda: GF1= Idosas Fraiburgo 60 a 69 anos de idade; GF2 = Idosas Fraiburgo 70 a 79 anos de idade; GC1 Idosas Caçador 60 a 69 anos de idade e GC2 Idosas Caçador 70 a 79 anos de idade).

Fazendo uma comparação entre os dois grupos GF1 e GC1 pode-se observar que não houve diferença significativa entre nenhuma aptidão avaliada. Comparando os grupos GC2 e GF2, houve diferença estatisticamente significativa entre os testes de AGIL ($p=0,03$) e COO ($p=0,04$). Poucos estudos apresentam valores normativos especiais para idosos. Alguns estudos demonstram valores mínimos e máximos, já outros expressam valores pré e pós testes.

Gobbi e Zago (2003) realizaram um estudo cujo objetivo foi desenvolver valores normativos de Aptidão Funcional Geral (AFG) para a bateria de testes AAHPERD, em mulheres ativas com idades entre 60 e 70 anos no município de Rio Claro/SP. Neste estudo foram avaliadas 94 mulheres, que realizaram atividade física regular por pelo menos seis meses. Os resultados mais semelhantes com o atual estudo foram os testes de COO, onde a média encontrada pelos autores foi de 11,7 segundos. Para o teste de FLEX a média encontrada foi de 50,9 centímetros, classificada como boa. No atual estudo, a média máxima obtida para esse teste foi encontrada no GC1, sendo classificado como fraco.

Com o intuito de estabelecer valores normativos de AFG, também com a bateria de testes da AAHPERD, mas para idosas com idades entre 70 e 79 anos, Benedetti et. al. (2007) realizou um estudo com 175 idosas residentes no município de Florianópolis/SC e Rio Claro/SP, praticante de atividades físicas sistematizadas e supervisionadas por pelo menos seis meses. No componente COO, obteve-se como mínima de 7,5 segundos e máxima de 27,5 segundos.

Para o teste RESIFOR, a quantidade máxima de repetições foi 37 e a mínima de 10 repetições resultado esse idêntico aos grupos GF1 e GC2 deste estudo. Para o teste FLEX obteve-se a mínima de 32,5 centímetros e a máxima de 85,2 centímetros, valor muito superior ao do presente estudo.

Santos (2012), recentemente avaliou idosas com idades entre 60 e 79 anos, praticantes e não praticantes de atividades físicas, em Porto Alegre/RS. Avaliando somente os grupos não praticantes de atividades físicas, o grupo com faixa etária de 60 a 69 anos apresentou no teste de FLEX a mínima de 45 centímetros e a máxima de 80 centímetros, valores superiores aos do presente estudo. Para o teste de RESIFOR a mínima encontrada foi de 12 repetições e a máxima de 18 repetições, com uma média de 15 repetições, resultados próximos ao do estudo atual. Já no grupo com idades entre 70 e 79 anos, no teste de COO a mínima foi de 6,6 segundos, máxima de 15,50 segundos e média de 9,97 segundos, muito próxima do estudo atual. No teste de FLEX a mínima foi de 46 centímetros, máxima de 77 centímetros, mais uma vez mostrando que resultados superiores no teste de flexibilidade.

Comparando os resultados do atual estudo com o estudo de Santos (2012), pode-se observar que o desempenho das idosas de Caçador e Fraiburgo foram semelhantes às do estudo da autora. A maior diferença encontrada foi do teste de FLEX. Deve-se levar em conta que o atual estudo buscou apenas verificar o nível de aptidão física de idosas matriculadas na UAMI, não levando em conta se as mesmas são ou não fisicamente ativas.

Cipriani et. al. (2010), realizou um estudo cujo objetivo foi analisar as modificações do Índice de Aptidão Funcional Geral (IAFG) de idosas participantes de um programa de atividade física e dança folclórica para a terceira idade do Centro de Desporto da Universidade Federal de Santa Catarina (CDS/UFSC), antes e depois de 10 meses de realização do programa. Participaram do programa 225 idosas com idades acima de 60 anos.

Levando em consideração que as idosas do atual estudo não foram classificadas como ativas ou não, a comparação será feita apenas com os pré-testes. Para o teste de FLEX a média obtida de 60,95 centímetros. Para o teste de AGIL, a média obtida foi de 26,50 segundos e para o teste de RESIFOR a média encontrada foi de 20,94 repetições, ambos os testes mostram resultados muito próximos ao estudo atual.

Com base nos resultados correspondentes aos percentuais 20, 40, 60, 80 e 100 utilizados como pontos de corte, as médias foram classificadas como: muito fraco, fraco, regular, bom e muito bom, de acordo com a classificação de Benedetti et. al. 2007. A tabela 2 mostra a diferença dos resultados dos quatro grupos avaliados.

Tabela 2 – Classificação testes de aptidão funcional de idosas participantes da UAMI dos municípios de Caçador/SC e Fraiburgo/SC.

GRUPOS	Coordenação (segundos)	ResiFor (repetições)	Flexibilidade (centímetros)	Agilidade (segundos)
GF1	Muito Bom	Fraco	Fraco	Regular
GF2	Muito Bom	Fraco	Muito Fraco	Bom
GC1	Bom	Regular	Fraco	Fraco
GC2	Bom	Fraco	Muito Fraco	Muito Fraco

Legenda: GF1 Idosas Fraiburgo 60 a 69 anos de idade; GF2= Idosas Fraiburgo 70 a 79 anos de idade; GC1 Idosas Caçador 60 a 69 anos de idade e GC2 Idosas Caçador 70 a 79 anos de idade).

Foram aplicados testes para verificar se houve diferenças significativas entre os grupos com a mesma idade, porém de cidades diferentes. O GC1 e GF1 têm idades entre 60 e 69 anos, GC2 e GF2 tem idade entre 70 e 79 anos. A tabela 3 serve para comparação dos dados.

Tabela 3 – Análise comparativa entre as médias dos testes de aptidão funcional de idosas da UAMI de Caçador/SC e Fraiburgo/SC, separados por grupo etário.

TESTES	GC1	GF1	P	GC2	GF2	P
	MÉDIA DP	MÉDIA DP		MÉDIA DP	MÉDIA DP	
AGIL	27,9 ±10,3	21,9 ±1,3	P=0,051	36,3 ±10,5	22,9 ±0,6	*P=0,003
COO	10,6 ±3,1	9,7 ±1,0	P=0,280	11 ±1,9	9,6 ±0,7	*P=0,049
FLEX	28,6 ±6,9	27,8 ±8,1	P=0,655	22,9 ±4,9	25,4 ±5,1	P=0,141
RESIFOR	24,9 ±12,5	20,4 ±3,9	P=0,208	18,7 ±13,0	18,7 ±1,9	P=0,981

Legenda: GF1 Idosas Fraiburgo 60 a 69 anos de idade; GF2= Idosas Fraiburgo 70 a 79 anos de idade; GC1 Idosas Caçador 60 a 69 anos de idade e GC2 Idosas Caçador 70 a 79 anos de idade).

Como visto anteriormente, a maioria dos estudos encontrados na literatura avaliam a aptidão funcional de idosas praticantes de atividades físicas, ou comparam os valores antes e após a participação em programas de atividades físicas. É necessária cautela para comparação entre esses resultados, visto que o presente estudo faz uma avaliação preliminar da aptidão funcional, sem controlar o nível de atividade física. Existe a intenção, a partir desses resultados, em elaborar programas de atividades físicas para oferecer a essa população, já beneficiada com as atividades diversificadas, de modo a atingir um estilo de vida mais ativo.

São inúmeros os benefícios promovidos à saúde, decorrentes da prática de atividade física, principalmente quando se fala na manutenção da independência para a realização de atividades diárias na população idosa (KUWANO; SILVEIRA, 2002).

A aptidão funcional também demonstra relação inversa com excesso de peso, sobrepeso e sintomas depressivos, fatores que se relacionam

frequentemente com maior risco de condições crônicas e piora da qualidade de vida (ANTES et. al., 2012, MAZO et al., 2006; RECH et al., 2010).

A prática de atividades físicas deve ser regular e contínua, para que os benefícios sejam mantidos e os níveis de aptidão funcional não declinem (ROSA et. al., 2008), mesmo sendo uma característica do envelhecimento (HOEFELMANN, 2011).

Uma das limitações desta pesquisa foi a não realização do teste de Resistência Aeróbica Geral, componente que juntamente com os outros testes, permite a identificação do Índice de Aptidão Funcional Geral. A não aplicação do teste justifica-se pela falta de espaço e local adequados para a realização do mesmo. Outro fator limitante foi a não identificação do Nível de Atividade Física das participantes, por se tratar de estudo preliminar com objetivo específico, não permitindo classificá-las como ativas ou não, o que poderia enriquecer a comparação com outros estudos.

De acordo com Nahas (2013), o conceito de qualidade de vida varia de pessoa para pessoa podendo mudar ao logo dos anos. Há um consenso que são vários fatores que diferenciam o dia a dia de cada pessoa, resultando assim em diversas situações que podem ser chamadas de qualidade de vida, e em geral estão associadas a longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, disposição, prazer e até espiritualidade. A tabela 4 apresenta os resultados da análise descritiva geral em cada domínio do WHOQOL-100 da amostra, sem a separação por faixas etárias e gênero. No geral, o Domínio Físico (FIS) dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, o grupo apresentou o menor escore, enquanto que no Aspectos Espirituais, Religião e Crenças Pessoais (AERC), obteve o maior escore. Nos outros domínios os escores variam próximo da média.

Tabela 4. Distribuição dos domínios do WHOQOL-100.

DOMÍNIO	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	DP	CV	AMPLITUDE
FIS	9,33	18,33	14,48	2,33	16,06	9,00
PSC	11,00	19,20	14,94	1,94	12,95	8,20
NID	11,00	19,75	15,30	2,27	14,81	8,75
RSO	11,33	18,00	15,35	1,70	11,10	6,67
MA	11,88	17,50	14,89	1,45	9,75	5,63
AERC	12,00	20,00	16,72	2,44	14,60	8,00
TOTAL	12,48	17,64	15,08	1,46	9,67	5,16

FIS: Domínio Físico; PSC: Domínio Psicológico; NID: Nível de Independência; RSO: Relações Sociais; MA: Meio Ambiente; AERC: Aspectos Espirituais, Religião e Crenças Pessoais

A tabela 5 apresenta os resultados da média dos escores de cada domínio da amostra participantes da UAMI transformados na escala de 0 a 100. As percepções do grupo em cada domínio das seis facetas que avaliam a qualidade de vida demonstraram que no domínio físico o escore médio foi de 65,50%, mostrando que estão satisfeitos no que diz respeito ao sentir dor e desconforto, em relação a energia, fadiga, sono e repouso. No domínio psicológico o escore médio foi de 68,4%, mostrando que o grupo pesquisado se encontra satisfeito em relação aos sentimentos positivos, ao pensar, aprender, memória, concentração, auto estima, imagem corpora, aparência e sentimentos negativos.

O nível de independência apresentou um escore médio de 70,63%, estando satisfeitos com a sua mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho. No domínio das relações sociais o escore médio do grupo foi de 70,92%, demonstrando que os entrevistados estão satisfeitos com as relações sociais, suporte (apoio) social e atividade sexual. Sobre o meio ambiente o escore foi de 68,03%, mostrando que o grupo estão satisfeitos com as segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em, e oportunidades de recreação, lazer, ambiente físico como: poluição, ruído, transito, clima e também transporte. Nos aspectos

espirituais, religião e crenças pessoais, o grupo apresentou o escore mais alto com 79,50%, classificando assim como muito satisfeito.

O escore geral da percepção da qualidade de vida foi de 69,28% do grupo avaliado, resultado este que classifica a amostra em satisfeitos com sua qualidade de vida.

No presente estudo o menor escore encontrado na avaliação de qualidade de vida foi na faceta do domínio físico, mostrando que os participantes da UAMI não estão se preocupando muito com o sono, fadiga, energia, dor e desconforto.

Tabela 5. Percepção da qualidade de vida em cada domínio do WHOQOL-100 e a qualidade de vida geral (QV).

DOMÍNIO	Escore (%)
Físico	65,50
Psicológico	68,40
Nível de Independência	70,63
Relações Sociais	70,92
Meio Ambiente	68,03
Aspectos Espirituais/Religião/Crenças Pessoais	79,50
QV GERAL	69,28

Em um estudo realizado com 60 pessoas de um determinado bairro da cidade de Caratinga, Minas Gerais, esses considerados ativos devido a

estrutura que o bairro oferece. Na faceta do domínio físico também mostrando um escore baixo 63,89%. (MOREIRA, pg. 59, 2009)

Em 2002, realizou-se um estudo transversal controlado (Rocha, 2002) com o objetivo de verificar a associação entre qualidade de vida, estado de saúde e níveis de espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. Participaram do estudo 122 pessoas hospitalizadas com idade média $45,15 \pm 15,54$ anos onde na faceta do domínio físico também obteve o menor escore sendo de 50,02%, considerado como nem satisfeito, nem insatisfeito. Porém não diferente do grupo saudável onde 119 pessoas com média de idade $39,38 \pm 15,3$ anos onde o escore da faceta do domínio físico foi de 64,25% considerado como satisfeito, esse resultado é muito próximo do estudo atual.

A percepção em relação aos aspectos Espirituais, Religião e Crenças Pessoais, do presente estudo relacionados aos alunos matriculados na UAMI de Caçador SC, apresentou maior escore, indicando que estão muito satisfeitos quanto a esses aspectos, apresentando um escore de 79,50%. Para Fleck, 2003, esta faceta examina as crenças da pessoa e como estas afetam a qualidade de vida. Isto pode estar ajudando a pessoa a enfrentar as dificuldades da sua vida, dando estrutura para experimentar, atribuir um significado a questões pessoais e espirituais e, mais genericamente, fornece a pessoa um senso de bem-estar.

No estudo de Rocha (2002), citado anteriormente onde foram entrevistadas 122 pessoas hospitalizadas com idade média $45,15 \pm 15,54$ anos no domínio espiritual, religião, e crenças pessoais obteve o maior escore 71,33% classificado como satisfeito. Já o outro grupo onde foram entrevistadas 119 pessoas saudáveis com idade média $39,38 \pm 15,3$ anos, obteve um escore 68,96 também classificado como satisfeito, porém diferente do grupo da UAMI de Caçador.

O escore da percepção da qualidade de vida geral (QV geral) de 69,28%, mostrou que os idosos que participam da UAMI estão satisfeitos com a qualidade de vida (Tabela 5). NO estudo de Rocha (2002), o grupo de 122 pessoa hospitalizadas obteve um escore próximo ao estudo dos participantes da UAMI, onde a QV geral apresentou um escore de 68,18 classificado como satisfeito. Já no estudo onde 119 pessoas saudáveis participaram a QV geral apresentou um escore bem alto 79,29% classificado como muito satisfeito.

Em um estudo realizado nos anos de 2013 e 2014 na UAMI de Caçador, onde participaram deste estudo 239 idosos, porém aplicado o teste WHOQOL-OLD, que avalia apenas pessoas com idade superior a 60 anos, obteve um escore de 66,16%, no item qualidade de vida geral, classificado como satisfeito (ROCHA et al. 2014). Resultado esse muito próximo ao grupo estudado no presente estudo que tem uma média de idade de 63,56.

A principal limitação da pesquisa está relacionada ao nível de atividade física dos idosos, que não foi avaliado para mostrar melhor as características dos participantes da UAMI do presente estudo.

5 CONCLUSÃO

Os resultados permitiram concluir que nos testes de Aptidão Funcional os grupos de Caçador e Fraiburgo de ambas faixas etárias apresentam uma Coordenação satisfatória, mas necessitam aprimorar as capacidades que envolvem Resistência de Força, Flexibilidade e Agilidade, principalmente nos grupos com idades mais avançadas. Destacam-se os grupos com faixa etária entre 70 e 79 anos, de Caçador e Fraiburgo, os quais apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre as médias para os testes de agilidade e coordenação, com melhores valores o grupo de Fraiburgo.

A qualidade de vida geral obteve um resultado favorável classificado como satisfeito, bem como a faceta do domínio físico, porém os aspectos espirituais, religião e crenças pessoais obteve uma diferença classificada como muito satisfeito.

É importante a realização de novos estudos sobre aptidão funcional e qualidade de vida de alunos institucionalizados nas UAMIs, avaliando em conjunto outras características, devido à escassez de pesquisas, principalmente com o sexo masculino.

A aptidão funcional é fundamental para um envelhecimento mais independente e com maior qualidade de vida. Sendo assim, políticas públicas devem incentivar um estilo de vida mais saudável e a prática regular de atividades físicas. Recomenda-se também o desenvolvimento de programas sistematizados de atividades físicas, de modo a contribuir com a melhora da aptidão funcional dos indivíduos que participam da Universidade Aberta da Maior Idade em nossa região.

REFERÊNCIAS

ACSM. **RECURSOS DO ACSM PARA O PERSONAL TRAINER**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. Terceira edição.

ANTES, Danielle Ledur et al. **Índice de aptidão funcional geral e sintomas depressivos em idosos**. Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano, [S.l.], v. 14, n. 2, p. 125-133, fev. 2012.

ARENA, Simone Sagres. Avaliação, prescrição e planejamento. **Exercício Físico e Qualidade de Vida**. São Paulo, Phorte, 1ª edição, 2009.

BARBOSA, Rita Maria dos Santos Puga. **GERONTOLÓGICA: Saúde e qualidade de vida na terceira idade**. Rio de Janeiro, Editora Sprint, 2000.

BENEDETTI, Tânia R. Bertoldo Benedetti, MAZO, Giovana Zarpellon e GONÇALVES, Lucia Hisako Takase; **Bateria de testes da AAHPERD: adaptação para idosos institucionalizados** Adaptation of the AAHPERD test battery for institutionalized older adults, Revista Brasileira de Desempenho Humano 2014, 16(1):1-14 1 Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Desportos. Departamento de Educação Física. Florianópolis, SC. Brasil

BENEDETTI, Tânia R. Bertoldo, MAZO Giovana Zarpellon, GOBBI, Sebastião, AMORIM, Marize, GOBBI, Lilian T. Bucken, FERREIRA, Leandro e HOEFELMANN, Camila Peter. **VALORES NORMATIVOS DE APTIDÃO FUNCIONAL EM MULHERES DE 70 A 79 ANOS**, Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano 2007, 9(1):28-36. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Desportos. Departamento de Educação Física. Florianópolis, SC. Brasil.

CHIARELLO, Ilze Salete, GOMES, Célia Pereira, SOARES, Maria Marcia, ZACHET, Silvana Maria Vitto, SALVADORI, Marilene. **UNIVERSIDADE ABERTA DA MAIOR IDADE: Uma forma de inclusão**, Revista Ágora, Mafra, 2009.

CIPRIANI, Natália Santos, MEURER, Simone Teresinha, BENEDETTI, Tania Rosane Bertoldo, LOPES, Marize Amorin Lopes. **APTIDÃO FUNCIONAL DE IDOSAS PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA**. Revista Brasileira de Cineantropometria e Desenvolvimento Humano, 2010, 12(2): 106-111

DA SILVA, Veronica Miyasike, et al., **Nível de Agilidade em indivíduos entre 42 e 73 anos: Efeitos de um programa de atividades físicas generalizadas de intensidade moderada**. Revista Brasileira de Ciências e Esporte Campinas, v. 23, n. 3, p. 65-79, maio 2002.

DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. **Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico.** Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau, v.2, n.4, p.01- 13, Sem II. 2008

DANTAS, Estélio Henrique Martin, VALE, Rodrigo Gomes de Souza. **PROTOCOLO GDLAM DE AVALIAÇÃO DA AUTONOMIA FUNCIONAL.** Fitness & Performance Journal, v.3, n.3, p. 175 – 182, 2004.

DOS SANTOS, Danieli de Moraes, POZZOBON, Adriane, PÉRICO, Eduardo. **EFEITO DE UM PROGRAMA DE EXERCÍCIO FÍSICO NA QUALIDADE DE VIDA, PERFIL LIPÍDICO E GLICÊMICO DE MULHERES COM RISCO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES.** Caderno Pedagógico, Lajeado, v.9, n.2, p. 173 – 184, 2012.

FERREIRA, Vanja. **ATIVIDADE FÍSICA NA 3ª IDADE:** o segredo da longevidade. Rio de Janeiro, Editora Sprint, 2003.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida et. al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). Revista Brasileira de Psiquiatria, 21 (1), 1999.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida et. al. **Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais.** Revista Saúde Pública 2003;37(4):446-55

GEIS, Pilar Pont. **ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE NA TERCEIRA IDADE:** teoria e prática. 5ª edição, Porto Alegre. Editora Artmed, 2003.

GUISELINI, Mauro. **APTIDÃO FÍSICA, SAÚDE E BEM ESTAR:** Fundamentos teóricos e exercícios práticos. São Paulo, Editora Phorte, 2004 224p.: il.
HOEFELMANN, Camila Peter et al. **Aptidão funcional de mulheres idosas ativas com 80 anos ou mais.** Motriz rev. educ. fís. (Impr.);17(1):19-25, jan.-mar. 2011. tab.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico:** resultados definitivos 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home>. Acesso: 20 de março de 2014.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro, 2009, 152 p.

IRIGARAY, Tatiana Quarti e SCHNEIDER, Rodolfo Herberto. **Participação de Idosas em uma Universidade da Terceira Idade: Motivos e Mudanças Ocorridas.** Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2008, Vol. 24 n. 2, pp. 211-216

KUWANO, Vanessa Gracieli Da Silveira Alexandre Miyaki. **A INFLUÊNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA SISTEMATIZADA NA AUTOPERCEPÇÃO DO IDOSO EM RELAÇÃO ÀS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA.** Revista da Educação Física/UEM, v. 13, n. 2, p. 35-39, 2002

MADINI, Marie José e MICHEL, Jean Pierre. Quadros clínicos e programas de exercícios, **Atividade Física para adultos com mais de 55 anos**, 1ª edição, 2001.

MALINA, Robert M., BOUCHARD, Claude e BAR-OR, Oded. **CRESCIMENTO MATUREZAÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA.** São Paulo, Editora Phorte, 2009.

MATSUDO, Sandra Mahecha, MATSUDO, Victor Keihan Rodrigues, NETO, Turibio Leite de Barros. **IMPACTO DO ENVELHECIMENTO NAS VARIÁVEIS ANTROPOMÉTRICAS, NEUROMOTORAS E METABÓLICAS DA APTIDÃO FÍSICA.** Revista Brasileira Ciência e Movimento, Brasília v.8 n.4 p. 21-32 2000.

MAZO, Giobana Zarpellon, LOPES, Marize Amorim, BENEDETTI, Tânia Bertoldo. **ASPECTOS BIOPSISSOCIAIS DO ENVELHECIMENTO HUMANO.** 3ª Edição, Editora Sulina, Atividades Física e o Idoso: Concepção Gerontológica, 2009.

MAZO, Giovana Zarpellon et al. **Aptidão funcional geral e índice de massa corporal de idosas praticantes de atividade física.** Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano, [S.l.], v. 8, n. 4, p. 46-51, dez. 2006.

MAZO, Giovana Zarpellon, KULKAMP, Wladimir, LYRA, Vanessa Bellani, PRADO, Ana Paula Moratelli. **APTIDÃO FUNCIONAL GERAL E ÍNDICE DE MASSA CORPORAL DE IDOSAS PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA.** Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano, 8 (4): 46-51, Florianópolis SC, 2006.

MAZO, Giovana Zarpellon, SACAMORI, Cinara, KRUG, Rodrigo de Rosso, CARDOSO, Fernando Luiz, BENEDETTI, Tânia R. Bertoldo. **APTIDÃO FÍSICA, EXERCÍCIOS FÍSICOS E DOENÇAS OSTEOARTICULARES EM IDOSOS.** Revista brasileira de Atividade Física e Saúde, Pelotas RS, 17 (4): 300-3006, 2012.

NAHAS, Markus Vinicius. Conceitos e Sugestões para um Estilo de Vida Ativo, **ATIVIDADE FÍSICA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA.** 6ª edição, 2014
NAHAS, Markus Vinicius. Conceitos e Sugestões para um Estilo de Vida Ativo, **Atividade Física Saúde e Qualidade de Vida,** 5ª edição, 2010.

NAHAS, Markus Vinicius. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceito e sugestões para um estilo de vida ativo.** 3ªed. Londrina: Midiograf, 2003.

NIEMAN, David C. Como se prevenir de doenças usando o exercício como seu medicamento, **Exercício e Saúde**, 1ª edição, 1999.

Osness, W.H; Andrian, M; Clark, B.A. Functional Fitness Assessment for Adults Over 60 Years. **The American Alliance For Health, Physical Education, Recreation and Dance.** Association for research, administration, professional councils, and societies. Council on aging and adult development. Association Drive. Reston; 1990.

PALMA, Alexandre e ASSIS Monique. **DICIONÁRIO CRÍTICO DE EDUCAÇÃO FÍSICA.** 1ª edição, Editora Unijuí, 2005.

PANZINI, R. G. et al. **Qualidade de vida e espiritualidade** Revista de Psiquiatria Clínica 34, supl 1; 105-115, 2007.

RASO, Vagner, GREVE, Julia Maria D'Andrea e Polito, Marcos Doederlein. **POLLOCK:**fisiologia clínica do exercício. Barueri, SP. Editora: Manole, 2013.

RECH, Cassiano Ricardo et al . **Associação entre aptidão funcional e excesso de peso em mulheres idosas.** Motri., Vila Real, v. 6, n. 2, 2010 .

RIKLI, Roberta E., Jones Jessie C.: **TESTE DE APTIDÃO FÍSICA PARA IDOSOS.** Barueri, SP. Editora Manole, 2008.

Rocha, N.S. - **Associação entre estado de saúde, espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais e qualidade de vida.** (Dissertação de mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 188p., 2002.

ROSA, Michelle Flores da et al. **Efeito do período de interrupção de atividades aquáticas na aptidão funcional de idosas.** Rev. bras. cineantropom. desempenho hum;10(3):237-242, 2008.

SANTOS, Thais Chiapinoto. **ANÁLISE DA APTIDÃO FUNCIONAL DE IDOSAS ENTRE 60 E 79 ANOS ATIVAS E NÃO ATIVAS FISICAMENTE.** Universidade do Rio Grande do Sul. Escola de Educação Física – ESEF. Porto Alegre 2012. TCC 43 páginas.

SHEPHARD, Roy J. **ENVELHECIMENTO, ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE.** São Paulo, Editora Phorte, 2003.

SPIRDUSO, Warneen Wyrick. **DIMENSÕES FÍSICAS DO ENVELHECIMENTO**. São Paulo, Editora Manole, 2005.

WEBBER, Francieli e CELICH, Lilian Sedrez. **AS CONTRIBUIÇÕES DA UNIVERSIDADE ABERTA PARA A TERCEIRA IDADE NO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL**. Estudo interdisciplinar envelhecimento, Porto Alegre, v. 12, p. 127-142, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ENVELHECIMENTO ATIVO**: Uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il.

ZAGO, Anderson Saranz, GOBBI, Sebastião. **VALORES NORMATIVOS DA APTIDÃO FUNCIONAL DE MULHERES DE 60 A 70 ANOS**. Revista Brasileira Ciência e Movimento, volume 11 n. 2 p. 77-86 Brasília, 2003.

APÊNDICES



1ª Via

-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-**Você está sendo convidada a participar da pesquisa – QUALIDADE DE VIDA E AUTONOMIA FUNCIONAL DE ALUNOS MATRICULADOS NA UAMI DE CAÇADOR-SC**

Sua participação consistirá em responder questionário WHOQOL-100, onde serão avaliados seis domínios: a) Domínio Físico (FIS), b) Domínio Psicológico (PSC), c) Nível de Independência (NID), d) Relações Sociais (RSO), e) Meio Ambiente (MA) e f) Aspectos Espirituais, Religião e Crenças Pessoais (AERC). Deverá realizar testes físicos de forma a identificar sua capacidade funcional. Os testes realizados serão: 1) Agilidade e equilíbrio dinâmico; 2) Coordenação; 3) Flexibilidade; 4) Resistência de força de membros superiores. Os testes serão detalhadamente explicados e demonstrados, e você poderá realizar uma tentativa antes de validar o resultado.

Estas informações possibilitarão a identificação do nível de aptidão física das idosas participantes da UAMI, onde cada uma poderá ter o conhecimento de sua aptidão funcional bem como na qualidade de vida, além de receber informações a respeito da importância da manutenção de níveis adequados de atividade física. As informações ainda possibilitarão o desenvolvimento de propostas para manutenção/melhora dos níveis de aptidão física, contribuindo para maior independência e melhora da qualidade de vida das participantes.

Os possíveis riscos desta pesquisa serão minimizados. Para isso, recomendamos que você nos informe sobre qualquer condição que possa incapacitar a realização dos testes. Se houver alguma contraindicação médica para realização de testes físicos e motores, você não poderá participar da pesquisa.

Lembramos também que a sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, entrando em contato com as pesquisadoras pessoalmente ou por contato por e-mail ou telefone citados abaixo. Sua recusa não trará prejuízo algum em sua relação com nós

pesquisadoras ou com a instituição. As informações obtidas serão confidenciais e asseguramos seu sigilo de forma a não divulgar dados que possibilitem sua identificação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço da pesquisadora principal, para possíveis dúvidas e esclarecimentos sobre o desenvolvimento da pesquisa.

No caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento.

IDENTIFICAÇÃO:

Pesquisadora Responsável: Prof^o Dr. Ricelli Endrigo Ruppel da Rocha.

Pesquisadora Principal: Mara Celislesbeck Andrade Pagnussatt

Fone: (49) 9908-9665

E-mail: mara_celis@hotmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome completo: _____ RG: _____

Telefone: _____

Assinatura da participante



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- 2º Via

Você está sendo convidada a participar da pesquisa – **QUALIDADE DE VIDA E AUTONOMIA FUNCIONAL DE ALUNOS MATRICULADOS NA UAMI DE CAÇADOR-SC**

Sua participação consistirá em responder questionário WHOQOL-100, onde serão avaliados seis domínios: a) Domínio Físico (FIS), b) Domínio Psicológico (PSC), c) Nível de Independência (NID), d) Relações Sociais (RSO), e) Meio Ambiente (MA) e f) Aspectos Espirituais, Religião e Crenças Pessoais (AERC). Deverá realizar testes físicos de forma a identificar sua capacidade funcional. Os testes realizados serão: 1) Agilidade e equilíbrio dinâmico; 2) Coordenação; 3) Flexibilidade; 4) Resistência de força de membros superiores. Os testes serão detalhadamente explicados e demonstrados, e você poderá realizar uma tentativa antes de validar o resultado.

Estas informações possibilitarão a identificação do nível de aptidão física das idosas participantes da UAMI, onde cada uma poderá ter o conhecimento de sua aptidão funcional bem como na qualidade de vida, além de receber informações a respeito da importância da manutenção de níveis adequados de atividade física. As informações ainda possibilitarão o desenvolvimento de propostas para manutenção/melhora dos níveis de aptidão física, contribuindo para maior independência e melhora da qualidade de vida das participantes.

Os possíveis riscos desta pesquisa serão minimizados. Para isso, recomendamos que você nos informe sobre qualquer condição que possa incapacitar a realização dos testes. Se houver alguma contraindicação médica para realização de testes físicos e motores, você não poderá participar da pesquisa.

Lembramos também que a sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, entrando em contato com as pesquisadoras pessoalmente ou por contato por e-mail ou telefone citados abaixo. Sua recusa não trará prejuízo algum em sua relação com nós pesquisadoras ou com a instituição. As informações obtidas serão confidenciais e asseguramos seu sigilo de forma a não divulgar dados que possibilitem sua identificação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço da pesquisadora principal, para possíveis dúvidas e esclarecimentos sobre o desenvolvimento da pesquisa.

No caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento.

IDENTIFICAÇÃO:

Pesquisadora Responsável: Prof^o Dr. Ricelli Endrigo Ruppel da Rocha.

Pesquisadora Principal: Mara Celislesbeck Andrade Pagnussatt

Fone: (49) 9908-9665

E-mail: mara_celis@hotmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome completo: _____ RG: _____

Telefone: _____

Assinatura da participante

ANEXOS

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência **às duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Quanto você se preocupa com sua saúde?				
nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você se preocupou com sua saúde nas últimas duas semanas. Portanto, você deve fazer um círculo no número 4 se você se preocupou "bastante" com sua saúde, ou fazer um círculo no número 1 se você não se preocupou "nada" com sua saúde. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha, e faça um círculo no número que lhe parece a melhor resposta.

Muito obrigado por sua ajuda.

As questões seguintes são sobre o *quanto* você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas. Por exemplo, sentimentos positivos tais como *felicidade* ou *satisfação*. Se você sentiu estas coisas "*extremamente*", coloque um círculo no número abaixo de "*extremamente*". Se você não sentiu nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de "*nada*". Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre "*nada*" e "*extremamente*", você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem **às duas últimas semanas**.

F1.2 Você se preocupa com sua dor ou desconforto (físicos)?

nada muito mais ou bastante extremamente
 pouco menos

1 2 3 4 5

F1.3 Quão difícil é para você lidar com alguma dor ou desconforto?

nada muito mais ou bastante extremamente
 pouco menos

1 2 3 4 5

F1.4 Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

nada muito mais ou bastante extremamente
 pouco menos

1 2 3 4 5

F2.2 Quão facilmente você fica cansado(a)?

nada muito mais ou bastante extremamente
 pouco menos

1 2 3 4 5

F2.4 O quanto você se sente incomodado(a) pelo cansaço?

nada muito mais ou bastante extremamente
 pouco menos

1 2 3 4 5

F3.2 Você tem alguma dificuldade para dormir (com o sono)?

nada muito mais ou bastante extremamente
 pouco menos

1 2 3 4 5

F3.4 O quanto algum problema com o sono lhe preocupa?

nada muito mais ou bastante extremamente
 pouco menos

1 2 3 4 5

F4.1 O quanto você aproveita a vida?

nada muito mais ou bastante extremamente
 pouco menos

1 2 3 4 5

F4.3 Quão otimista você se sente em relação ao futuro?

nada muito mais ou bastante extremamente
 pouco menos

1 2 3 4 5

F4.4 O quanto você experimenta sentimentos positivos em sua vida?

nada muito mais ou bastante extremamente
 pouco menos

1 2 3 4 5

F5.3 O quanto você consegue se concentrar?

nada muito mais ou bastante extremamente
 pouco menos

1 2 3 4 5

F6.1 O quanto você se valoriza?

nada muito mais ou bastante extremamente
 pouco menos

1 2 3 4 5

F6.2 Quanta confiança você tem em si mesmo?

nada muito mais ou bastante extremamente
 pouco menos

1 2 3 4 5

F7.2 Você se sente inibido(a) por sua aparência?

nada muito mais ou bastante extremamente
 pouco menos

1 2 3 4 5

F7.3 Há alguma coisa em sua aparência que faz você não se sentir bem?

nada muito mais ou bastante extremamente
 pouco menos

1 2 3 4 5

F8.2 Quão preocupado(a) você se sente?

nada muito mais ou bastante extremamente
 pouco menos

1 2 3 4 5

F8.3 Quanto algum sentimento de tristeza ou depressão interfere no seu dia-a-dia?

nada muito mais ou bastante extremamente
 pouco menos

1 2 3 4 5

F8.4 O quanto algum sentimento de depressão lhe incomoda?

nada muito mais ou bastante extremamente
 pouco menos

1 2 3 4 5

F10.2 Em que medida você tem dificuldade em exercer suas atividades do dia-a-dia?

nada muito mais ou bastante extremamente
 pouco menos

1 2 3 4 5

F10.4 Quanto você se sente incomodado por alguma dificuldade em exercer as atividades do dia-a-dia?

nada muito mais ou bastante extremamente
 pouco menos

1 2 3 4 5

F11.2 Quanto você precisa de medicação para levar a sua vida do dia-a-dia?

nada muito mais ou bastante extremamente
 pouco menos

1 2 3 4 5

F11.3 Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

nada	muito pouco	mais menos	ou	bastante	extremamente
1	2	3		4	5

F11.4 Em que medida a sua qualidade de vida depende do uso de medicamentos ou de ajuda médica?

nada	muito pouco	mais menos	ou	bastante	extremamente
1	2	3		4	5

F13.1 Quão sozinho você se sente em sua vida?

nada	muito pouco	mais menos	ou	bastante	extremamente
1	2	3		4	5

F15.2 Quão satisfeitas estão as suas necessidades sexuais?

nada	muito pouco	mais menos	ou	bastante	extremamente
1	2	3		4	5

F15.4 Você se sente incomodado(a) por alguma dificuldade na sua vida sexual?

nada	muito pouco	mais menos	ou	bastante	extremamente
1	2	3		4	5

F16.1 Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

nada	muito pouco	mais menos	ou	bastante	extremamente
1	2	3		4	5

F16.2 Você acha que vive em um ambiente seguro?

nada	muito pouco	mais menos	ou	bastante	extremamente
1	2	3		4	5

F16.3 O quanto você se preocupa com sua segurança?

nada	muito pouco	mais menos	ou	bastante	extremamente
1	2	3		4	5

F17.1 Quão confortável é o lugar onde você mora?

nada	muito pouco	mais menos	ou	bastante	extremamente
1	2	3		4	5

F17.4 O quanto você gosta de onde você mora?

nada	muito pouco	mais menos	ou	bastante	extremamente
1	2	3		4	5

F18.2 Você tem dificuldades financeiras?

nada	muito pouco	mais menos	ou	bastante	extremamente
1	2	3		4	5

F18.4 O quanto você se preocupa com dinheiro?

nada	muito pouco	mais menos	ou	bastante	extremamente
1	2	3		4	5

F19.1 Quão facilmente você tem acesso a bons cuidados médicos?

nada	muito pouco	mais menos	ou	bastante	extremamente
1	2	3		4	5

F21.3 O quanto você aproveita o seu tempo livre?

nada	muito pouco	mais menos	ou	bastante	extremamente
1	2	3		4	5

F22.1 Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos) ?

nada	muito pouco	mais menos	ou	bastante	extremamente
1	2	3		4	5

F22.2 Quão preocupado(a) você está com o barulho na área que você vive?

nada	muito pouco	mais menos	ou	bastante	extremamente
1	2	3		4	5

F23.2 Em que medida você tem problemas com transporte?

nada	muito pouco	mais menos	ou	bastante	extremamente
1	2	3		4	5

F23.4 O quanto as dificuldades de transporte dificultam sua vida?

nada	muito pouco	mais menos	ou	bastante	extremamente
1	2	3		4	5

As questões seguintes perguntam sobre *quão completamente* você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas. Por exemplo, atividades diárias tais como lavar-se, vestir-se e comer. Se você foi capaz de fazer estas atividades *completamente*, coloque um círculo no número abaixo de "*completamente*". Se você não foi capaz de fazer nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de "*nada*". Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre "*nada*" e "*completamente*", você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem **às duas últimas semanas**.

F2.1 Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F7.1 Você é capaz de aceitar a sua aparência física?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F10.1 Em que medida você é capaz de desempenhar suas atividades diárias?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F11.1 Quão dependente você é de medicação?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F14.1 Você consegue dos outros o apoio que necessita?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F14.2 Em que medida você pode contar com amigos quando precisa deles?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F17.2 Em que medida as características de seu lar correspondem às suas necessidades?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F18.1 Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F20.1 Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F20.2 Em que medida você tem oportunidades de adquirir informações que considera necessárias?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F21.1 Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F21.2 Quanto você é capaz de relaxar e curtir você mesmo?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F23.1 Em que medida você tem meios de transporte adequados?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre o quão *satisfeito(a)*, *feliz ou bem* você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas. Por exemplo, na sua vida familiar ou a respeito da energia (disposição) que você tem. Indique quão satisfeito(a) ou não satisfeito(a) você está em relação a cada aspecto de sua vida e coloque um círculo no número que melhor represente como você se sente sobre isto. As questões se referem às **duas últimas semanas**.

G2 Quão satisfeito(a) você está com a qualidade de sua vida?

muito insatisfeito	insatisfeito	/	nem satisfeito nem satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

G3 Em geral, quão satisfeito(a) você está com a sua vida?

muito insatisfeito	insatisfeito	/	nem satisfeito nem satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

G4 Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

muito insatisfeito	insatisfeito	/	nem satisfeito nem	satisfeito	muito satisfeito
-----------------------	--------------	---	-----------------------	------------	---------------------

insatisfeito

1 2 3 4 5

F2.3 Quão satisfeito(a) você está com a energia (disposição) que você tem?

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

1 2 3 4 5

F3.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

1 2 3 4 5

F5.2 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade de aprender novas informações?

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

1 2 3 4 5

F5.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de tomar decisões?

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

1 2 3 4 5

F6.3 Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

1 2 3 4 5

F6.4 Quão satisfeito(a) você está com suas capacidades?

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

insatisfeito

1 2 3 4 5

F7.4 Quão satisfeito(a) você está com a aparência de seu corpo?

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

1 2 3 4 5

F10.3 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

1 2 3 4 5

F13.3 Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

1 2 3 4 5

F15.3 Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

1 2 3 4 5

F14.3 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de sua família?

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

1 2 3 4 5

F14.4 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

muito insatisfeito	insatisfeito	/	nem satisfeito nem satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de dar apoio aos outros?

muito insatisfeito	insatisfeito	/	nem satisfeito nem satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F16.4 Quão satisfeito(a) você está com com a sua segurança física (assaltos, incêndios, etc.)?

muito insatisfeito	insatisfeito	/	nem satisfeito nem satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F17.3 Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

muito insatisfeito	insatisfeito	/	nem satisfeito nem satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F18.3 Quão satisfeito(a) você está com sua situação financeira?

muito insatisfeito	insatisfeito	/	nem satisfeito nem satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F19.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

muito insatisfeito	insatisfeito	/	nem satisfeito nem satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F19.4 Quão satisfeito(a) você está com os serviços de assistência social?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito	insatisfeito	/	nem satisfeito / nem insatisfeito	muito satisfeito

F20.3 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de adquirir novas habilidades?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito	insatisfeito	/	nem satisfeito / nem insatisfeito	muito satisfeito

F20.4 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de obter novas informações?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito	insatisfeito	/	nem satisfeito / nem insatisfeito	muito satisfeito

F21.4 Quão satisfeito(a) você está com a maneira de usar o seu tempo livre?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito	insatisfeito	/	nem satisfeito / nem insatisfeito	muito satisfeito

F22.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu ambiente físico (poluição, clima, barulho, atrativos)?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito	insatisfeito	/	nem satisfeito / nem insatisfeito	muito satisfeito

F22.4 Quão satisfeito(a) você está com o clima do lugar em que vive?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito	insatisfeito	/	nem satisfeito / nem insatisfeito	muito satisfeito

1 2 3 4 5

F23.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

muito insatisfeito insatisfeito / nem satisfeito nem satisfeito muito satisfeito
insatisfeito insatisfeito

1 2 3 4 5

F13.2 Você se sente feliz com sua relação com as pessoas de sua família?

Muito infeliz infeliz nem feliz feliz muito feliz
nem infeliz

1 2 3 4 5

G1 Como você avaliaria sua qualidade de vida?

muito ruim ruim nem ruim / nem boa boa muito boa

1 2 3 4 5

F15.1 Como você avaliaria sua vida sexual?

Muito ruim ruim nem ruim / nem boa boa muito boa

1 2 3 4 5

F3.1 Como você avaliaria o seu sono?

Muito ruim ruim nem ruim / nem bom bom muito bom

1 2 3 4 5

F5.1 Como você avaliaria sua memória?

Muito ruim ruim nem ruim / nem boa boa muito boa

1 2 3 4 5

F19.2 Como você avaliaria a qualidade dos serviços de assistência social disponíveis para você?

Muito ruim ruim nem ruim / nem boa boa muito boa

1 2 3 4 5

As questões seguintes referem-se a "*com que frequência*" você sentiu ou experimentou certas coisas, por exemplo, o apoio de sua família ou amigos ou você teve experiências negativas, tais como um sentimento de insegurança. Se, nas duas últimas semanas, você não teve estas experiências de nenhuma forma, circule o número abaixo da resposta "nunca". Se você sentiu estas coisas, determine com que frequência você os experimentou e faça um círculo no número apropriado. Então, por exemplo, se você sentiu dor o tempo todo nas últimas duas semanas, circule o número abaixo de "sempre". As questões referem-se **às duas últimas semanas**.

F1.1 Com que frequência você sente dor (física)?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

F4.2 Em geral, você se sente contente?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

F8.1 Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero,

ansiedade, depressão?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

As questões seguintes se referem a qualquer "*trabalho*" que você faça. *Trabalho* aqui significa qualquer atividade principal que você faça. Pode incluir trabalho voluntário, estudo em tempo integral, cuidar da casa, cuidar das crianças, trabalho pago ou não. Portanto, *trabalho*, na forma que está sendo usada aqui, quer dizer as atividades que você acha que tomam a maior parte do seu tempo e energia. As questões referem-se **às últimas duas semanas**.

F12.1 Você é capaz de trabalhar?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F12.2 Você se sente capaz de fazer as suas tarefas?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F12.4 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?

muito insatisfeito	insatisfeito /	nem satisfeito / nem insatisfeito	nem satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F12.3 Como você avaliaria a sua capacidade para o trabalho?

muito ruim	ruim	nem ruim / nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre "*quão bem você é capaz de se locomover*" referindo-se às duas últimas semanas. Isto em relação à sua habilidade física de mover o seu corpo, permitindo que você faça as coisas que gostaria de fazer, bem como as coisas que necessite fazer.

F9.1 Quão bem você é capaz de se locomover?

muito ruim	ruim	nem ruim / nem bom	bom	muito bom
1	2	3	4	5

F9.3 O quanto alguma dificuldade de locomoção lhe incomoda?

nada	muito pouco	mais menos	ou	bastante	extremamente
1	2	3	4	5	

F9.4 Em que medida alguma dificuldade em mover-se afeta a sua vida no dia-a-dia?

Nada	muito pouco	mais menos	ou	bastante	extremamente
1	2	3	4	5	

F9.2 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de se locomover?

Muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se às suas *crenças pessoais*, e o quanto elas afetam a sua qualidade de vida. As questões dizem respeito à religião, à espiritualidade e outras crenças que você possa ter. Uma vez mais, elas referem-se **às duas últimas semanas**.

F24.1 Suas crenças pessoais dão sentido à sua vida?

nada	muito pouco	mais menos	ou	bastante	extremamente
1	2	3	4	5	

F24.2 Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

Nada	muito pouco	mais menos	ou	bastante	extremamente
1	2	3	4	5	

F24.3 Em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades?

Nada	muito pouco	mais menos	ou	bastante	extremamente
1	2	3	4	5	

F24.4 Em que medida suas crenças pessoais lhe ajudam a entender as dificuldades da vida?

nada	muito pouco	mais menos	ou	bastante	extremamente
1	2	3	4	5	

