

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FCF / FEA / FSP
Programa de Pós-Graduação Interunidades em Nutrição
Humana Aplicada – PRONUT

LUIZ CESAR MESQUITA QUINTELLA

**Qualidade de Vida e Estado Nutricional de idosos: um
estudo descritivo sobre frequentadores do Centro de
Práticas Esportivas da Universidade de São Paulo**

São Paulo

2006

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FCF / FEA / FSP
Programa de Pós-Graduação Interunidades em Nutrição
Humana Aplicada – PRONUT

LUIZ CESAR MESQUITA QUINTELLA

**Qualidade de Vida e Estado Nutricional de idosos: um
estudo descritivo sobre freqüentadores do Centro de
Práticas Esportivas da Universidade de São Paulo**

Dissertação para obtenção do grau de
Mestre

Orientadora:
Profa. Dra. Denise Cavallini Cyrillo

São Paulo

2006

LUIZ CESAR MESQUITA QUINTELLA

**Qualidade de Vida e Estado Nutricional de idosos: um
estudo descritivo sobre freqüentadores do Centro de
Práticas Esportivas da Universidade de São Paulo**

Comissão Julgadora
Dissertação para obtenção do grau de Mestre

Profa. Dra. Denise Cavallini Cyrillo
(Orientadora / Presidente)

1° Examinador

2° Examinador

São Paulo, _____ de _____ de 2006.

Dedicatória

Dona Deca, com os seus 90 anos, espera que eu lhe dê a notícia que o seu segundo e último filho, também chegou lá. Mãe! Espere mais um pouco. Tenho chance!

Agradecimentos

Lá vou eu, novamente, cometer esquecimentos e ingratidões. Bom, tenho a atenuante de estar acobertado pelo Estatuto do Idoso. Vou tentar minimizá-las.

Começo a tentativa agradecendo e lembrando dos alunos colegas dessa viagem. Simbolicamente, escolho minha amiga Maria Aparecida (Cidinha), *coleguíssima* e *companheiríssima* deste período PRONUT-USP, responsável por grande parte dos motivos que me trouxeram até aqui.

CEPEUSP, o pessoal de bem com a vida, representado pela Dra. Cláudia Cezar. Um estímulo permanente.

Agradeço e reverencio o carinho, sempre presente, da Professora Dra. Ana Cristina Limongi França. Indicou os caminhos.

Alda, Ana, Anilza, Bela, Cristina, e Márcia, competentes secretárias do Departamento de Economia da USP. Jorge, Elaine e Mônica da Secretária da CPG da Faculdade de Farmácia e do PRONUT. Pelo tanto que me aturaram e foi muito.

Minha turma do PRINUTHA: Aline, André, Andréa L, Andréa K, Cinthia, Edgard, João, Silvana, Viviane, pelo tanto que me ajudaram e foi muito.

Aos amigos do mestrado anterior: Celso, Bené, Yuko. Apoios gerais e de fundamental importância.

Daniel, Gabriel, Raquel e Rafael, minhas “crianças”, filhos de Assunção, para quem espero deixar uma singela herança moral e intelectual da qual possam ter algum orgulho.

Odair, irmão de fé e de fato, Mestre e meu mestre, guru e meu melhor amigo, pelas ajudas intelectual e material, no mais amplo sentido.

Professora Dra. Denise, orientadora no que mais amplo o termo possa ter. Muito mais do que uma orientadora acadêmica foi uma parceira interessada, comprometida com este trabalho e muito paciente. Se algo de bom tiver, o quanto tiver, é mérito dela.

Epígrafe

*Experiência não é o que acontece com um homem;
é o que um homem faz com o que lhe acontece.*

(Aldous Huxley)

Resumo

Qualidade de Vida e Estado Nutricional de idosos: um estudo descritivo sobre freqüentadores do Centro de Práticas Esportivas da Universidade de São Paulo

O presente trabalho pretende, por meio de uma abordagem interdisciplinar, analisar dados referentes à questão da qualidade de vida do idoso no Brasil, valendo-se de elementos de áreas do conhecimento bastante distintas, como a Nutrição, a Fisiologia Humana, a Sociologia, a Antropologia, dentre outras. Para tanto, partindo desde uma definição precisa do termo “idoso”, bem como do estabelecimento de uma metodologia que busque abarcar o aspecto multidisciplinar do trabalho, foram analisados dados colhidos entre um grupo específico, (freqüentadores do Centro de Práticas Esportivas da Universidade de São Paulo – CEPEUSP), na tentativa de construir um perfil embasado em duas visões: uma subjetiva (obtida por meio do cruzamento de fatores como percepção da própria saúde e qualidade de vida) e outra objetiva (alcançada por intermédio de agrupamentos de aspectos como faixa etária e escolaridade). Como resultado, é possível vislumbrar uma descrição para o idoso cujas características apontam para duas posições distintas, tanto confirmando quanto contrariando a literatura vigente sobre o tema.

Palavras-chave: idoso; qualidade de vida; estado nutricional; atividade física.

Abstract

The elderly's quality of life and nutritional state: a descriptive study of frequent users of the Center of Sports from University of São Paulo

This study aims for analyzing data relate to issues about the elderly's quality of life in Brazil through a multidisciplinary approach, which encompasses Nutrition, Human Physiology, Sociology, Anthropology, etc. For such, it is used a precise definition of the expression the elderly along with a methodology that encloses the multidisciplinary aspect presents here. The analyzed data were collected from a specific group (frequent users of the Center of Sports from University of São Paulo – CEPEUSP), and it was intended the building of a profile based on two different views: one subjective (got through the crossing of factors as perception of their own health and quality of life) and other objective (got through the combination of different aspects as age and years of study). As a result, it is possible to state that a description for the elderly has begun to appear and its characteristics point to two distinct positions, which corroborate as well as contradict the valid literature on this theme.

Keywords: the elderly; quality of life; nutritional status; physical activity.

Lista de Quadros

Quadro 1 – Taxa de crescimento da população brasileira, no período 1980-2005, segundo faixas etárias e sexo – período 1980/2005.....	22
Quadro 2 – Evolução histórica e projeção da esperança de vida e mortalidade infantil – período 1980 / 2050.....	24

Lista de Figuras

Figura 1 – Evolução da pirâmide etária absoluta da população brasileira – período 1980 a 2050.....	23
Figura 2 – O ciclo vicioso do envelhecimento.....	32
Figura 3 – Faixas de renda familiar consideradas na pesquisa	39
Figura 4 – Faixas de IMC específicas para idosos	40

Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Distribuição % da amostra, segundo anos completos de estudo...43	43
Gráfico 2 – Distribuição da amostra, segundo auto-percepção de saúde46	46
Gráfico 3 – Auto-percepção de Saúde temporal comparada46	46
Gráfico 4 – Auto-percepção de Saúde comparada com os pares47	47
Gráfico 5 – Auto-percepção de Qualidade de Vida – ambos os sexos50	50
Gráfico 6 – Auto-percepção de Qualidade de Vida para a condição de IMC considerada como “Peso normal” – ambos os sexos51	51
Gráfico 7 – Auto-percepção de Qualidade de Vida para as condições de IMC consideradas como “Sobrepeso” e “Obeso” – ambos os sexos51	51
Gráfico 8 – Auto-percepção de Qualidade de Vida – por gênero52	52
Gráfico 9 – Média da pontuação da auto-percepção de Qualidade de Vida segundo auto-avaliação de Saúde – por gênero52	52
Gráfico 10 – Média da pontuação da auto-percepção de Qualidade de Vida segundo faixas de escolaridade – ambos os sexos53	53
Gráfico 11 – Média da pontuação da auto-percepção de Qualidade de Vida segundo Nupcialidade – ambos os sexos54	54

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Distribuição da amostra, segundo sexo.....	42
Tabela 2 – Distribuição da amostra, segundo faixas de idade.	42
Tabela 3 – Distribuição da amostra, segundo estado civil.....	43
Tabela 4 – Distribuição da amostra, segundo a situação de trabalho e condição de moradia.....	44
Tabela 5 – Distribuição da amostra, segundo estado nutricional - conceito IMC por faixas	45
Tabela 6 – Distribuição da amostra, segundo procura por médico nos últimos seis meses.....	47
Tabela 7 – Distribuição da amostra, segundo motivo para procurar médico nos últimos seis meses	48
Tabela 8 – Distribuição da amostra, segundo o uso de medicamento de forma contínua.....	48
Tabela 9 – Distribuição da amostra, segundo hábitos tabagistas.....	48
Tabela 10 – Distribuição percentual da amostra, segundo frequência ao CEPEUSP.....	49
Tabela 11 – Distribuição da amostra, segundo finalidade da frequência ao CEPEUSP - por gênero	49
Tabela 12 – Distribuição da amostra, segundo número de atividades que praticam no CEPEUSP	50

Sumário

1.	INTRODUÇÃO	15
2.	REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1	O idoso	19
2.2	O envelhecimento da população brasileira.....	21
2.3	O idoso, a saúde, a nutrição e a atividade física.	25
2.4	O idoso e a qualidade de vida	33
3.	OBJETIVOS	37
3.1	Geral.....	37
3.2	Específicos	37
4.	METODOLOGIA.....	38
5.	RESULTADOS	42
5.1	Caracterização da amostra	42
5.2	Estado Nutricional, Saúde e Qualidade de Vida.....	45
6.	DISCUSSÃO	55
7.	CONCLUSÃO.....	64
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
	ANEXO A - Parecer do comitê de ética	75
	ANEXO B - Instrumento de coleta de dados.....	77
	ANEXO C – CEPEUSP.....	83

1. INTRODUÇÃO

No estudo de questões relacionadas a idosos, é necessário que se observe a existência de duas principais visões: uma, que foca o coletivo de idosos, e outra, que trata do idoso como indivíduo. Na primeira delas, trata-se de um problema de política pública, com grande impacto sobre a sociedade e a economia nacional.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com base no Censo – Revisão 2004, projeta um significativo aumento da participação relativa de idosos na população total, passando de menos de 9%, em 2005, para algo próximo de 25%, em 2050. Isso implica que, em menos de 25 anos, ocorrerá um grande aumento da necessidade de contribuição dos indivíduos ativos, ou seja, a elevação da razão de dependência¹. Nesse contexto, os países com população envelhecida precisam de elevado índice de eficiência para garantir a disponibilidade de recursos para a parcela da população que não está mais produzindo.

A outra visão, que considera o idoso como indivíduo demandante de atendimentos e cuidados diferenciados, está associada a questões de cidadania, e não assistencialistas. Ela trata essencialmente dos fatores que permitem que essas pessoas sejam vistas e tratadas individualmente, bem como sejam clientes de serviços especializados compatíveis com a sua categoria. Cumpre lembrar que a baixa capacidade do Estado em desenvolver estratégias de prevenção e tratamento de pacientes com doenças crônicas degenerativas e suas seqüelas, serve para sinalizar o que poderá ser o futuro da população, atualmente, “economicamente ativa”.

O atual grupo de idosos foi, no passado, gerador de riquezas e contribuiu para o desenvolvimento e estabelecimento das bases econômicas e sociais que compõem o conjunto da sociedade contemporânea. Historicamente, os “mais velhos” sempre foram considerados como um repositório de conhecimento, causa de respeito e admiração. Na era da informação, caracterizada pelo volume e velocidade

¹ Medida percentual que expressa o peso da população em idade potencialmente inativa sobre a população potencialmente ativa.

em que o conhecimento se alastra, o saber e a experiência do idoso passaram a ter um valor menor. A informação, documentada, testada e validada está disponível para os mais jovens, de forma inimaginável há alguns anos. Essas mudanças contribuem para recrudescer preconceitos sobre a inutilidade e os ônus associados ao idoso.

O fenômeno do envelhecimento da população é um tema que tem despertado grande atenção do meio acadêmico. Estudos e pesquisas passaram a demonstrar interesse e cuidados na análise da população idosa e dos indivíduos que a compõem. Esse fenômeno ocorre em virtude da associação de diversos fatores, em especial, o da queda da taxa de fecundidade e o do aumento da expectativa de vida. A diminuição do número médio de filhos, por mulher, já é notada há algum tempo em países com maior desenvolvimento econômico e maior índice de escolaridade.

O envelhecimento é um processo natural, porém o organismo humano passa a sofrer alterações de ordem anatômica e funcional, com reflexos importantes na vida cotidiana do idoso. A progressão dessas mudanças ocasiona reduções na capacidade funcional, tais como, sensibilidade para os gostos primários, atingindo maior complexidade como ocorre no metabolismo do organismo (CAMPOS, MONTEIRO e ORNELAS, 2000). É uma situação propícia para a origem de um quadro de desnutrição. Além das características biológicas e funcionais, outros fatores como a pobreza, o analfabetismo, a cultura, a solidão e a série de enfermidades crônicas não-transmissíveis se unem para aumentar o risco do desenvolvimento da má nutrição (NAJAS, ANDREAZZA, SOUZA *et al.*, 1994). Vale lembrar, contudo, que a desnutrição pode ser evitada, independentemente da faixa etária, por ações que, nem sempre, exigem conhecimento científico ou acompanhamento médico (CAMPOS, MONTEIRO e ORNELAS, 2000).

Dados divulgados pelo IBGE (2004) dão conta de que, em países como Itália, Japão, Alemanha e Reino Unido, a participação dos idosos na população supera a casa dos 20%. O Brasil situa-se em posição intermediária, com relação aos demais países do mundo, com 8,6% e próximo da liderança na América do Sul, que está com a Argentina (13,2%).

A crescente participação da população idosa em toda parte do mundo, e em particular no Brasil, justifica o presente estudo sobre o idoso. Além das questões éticas, há o fator econômico: o idoso, nesse estágio de seu ciclo de vida, não mais contribui para a produção nacional, ao contrário, contribui para o aumento dos gastos nacionais de saúde. Essa visão é compartilhada por Veras (1994), que entende que o aumento da população idosa significa maior utilização dos serviços de saúde e aumento correspondente no número de problemas de longa duração, normalmente exigentes de intervenções de custo elevado e de tecnologia sofisticada.

Independente dos ônus que possa acarretar para a sociedade, o idoso tem o direito a uma qualidade de vida compatível com a sua cidadania. Disso decorre a importância de se identificar as suas características e propostas de políticas e estratégias, oficiais, particulares e de organizações não-governamentais, para uma melhor alocação dos recursos.

Este estudo tem como pressuposto que idosos com atitudes pró-saúde, como a participação em programas de atividade física, constituem-se em um grupo diferenciado, quando comparados aos de mesma faixa etária e tipificados, preponderantemente, como sedentários.

Inserido nesse contexto, o estudo propõe a descrição da situação de um grupo específico de idosos, no que diz respeito ao estado nutricional, à auto-percepção de qualidade de vida e às condições sócio-econômicas, sob a perspectiva da busca do equilíbrio bio-psico-social. Além disso, dentro de seus objetivos específicos, este trabalho visa à criação e análise de duas visões distintas: uma sob aspectos subjetivos (condição de saúde e qualidade de vida) e a outra sob aspectos objetivos (idade, gênero, renda, escolaridade, nupcialidade), ambas baseadas nas declarações dos indivíduos entrevistados. É um estudo empírico, baseado em pesquisa realizada pelo Projeto Integrado em Nutrição Humana

Aplicada (PRINUTHA)², no evento Cartão Vermelho ao Sedentarismo do Centro de Práticas Esportivas da Universidade de São Paulo -CEPEUSP³, - de 2004.

A presente dissertação está estruturada na seguinte forma: inicialmente, apresentação de conceitos sobre idosos; envelhecimento das populações - transição demográfica; transição epidemiológica; saúde, nutrição e atividade física regular; qualidade de vida. Em seguida, apresentação dos resultados, obtidos na base de dados do PRINUTHA, com a caracterização dos idosos, quanto aos aspectos sócio-econômicos, saúde e qualidade de vida. Esta parte é complementada pela discussão dos dados coletados, cotejados, quando disponíveis, com grupos em condições semelhantes. Na bibliografia, estão listadas as obras e fontes referenciadas no trabalho e as apenas consultadas que influenciaram fortemente na formação de conceitos e discussão dos resultados.

² PRINUTHA - Projeto Integrado de Nutrição Humana Aplicada, inserido no PRONUT- FCF/FEA/FSP.

³ Os eventos, realizados em abril de 2004 e abril de 2005, foram denominados de “Cartão Vermelho ao Sedentarismo”.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O idoso

O termo velho guarda, em si, uma conotação de coisa antiga, coisa usada, fora de época. Recorrendo ao dicionário, literalmente, significa “*adj. [...] 2. Que existe há muito tempo; antigo. [...] 5. Gasto pelo uso 6. Antiquado, desusado. S. m. 1. Homem idoso*”⁴. Associado ao termo, também, estão alguns outros ajuizamentos de valores, como: perda, deterioração, inutilidade, fragilidade, decadência, antigo, gasto pelo uso, tudo isso contribuindo para formar um juízo de valor depreciativo.

Outro aspecto que contribui marginalmente para a persistência dos preconceitos contra a velhice é a dificuldade de adaptação ao meio em virtude das mudanças psicológicas e biológicas do idoso (SILVA, SILVA FILHO, FAJARDO, et al, 2005). Com relação ao fator cronológico, é importante observar-se que, isoladamente, não é um medidor de velhice. O fenômeno é estritamente uma percepção individual e ocorre diferentemente em cada pessoa. Na prática, todavia, é o resultado efetivo do desgaste das funções vitais e mentais, com a passagem do tempo.

Nessa mesma direção, para Duarte (2001), o envelhecimento é entendido como um processo que começa ao nascer e vai sendo construído ao longo de toda a vida. Não é pontual e nem episódico, e as suas principais características são irreversíveis. Intervenções podem minimizar sintomas e efeitos desse processo, mas não os eliminam (não “curam”). Não se envelhece em um dado momento da vida, ainda que a sua percepção seja menos sentida pelas crianças, pelos jovens, pelos adultos (maduros, mas não idosos) e, de certa forma, menos aceita por quem já entrou nas faixas de idade mais alta. Com relação a esse aspecto, Siqueira, Botelho e Coelho (2002) alegam que quem se preocupa em estudar e descrever o idoso não é ele próprio: são os outros. Adicionalmente, analisam diversos conceitos sobre

⁴ Dicionário Eletrônico Michaelis

velhice, envolvendo as perspectivas *biológico/comportamentalista* (processo de envelhecimento fisiológico); *economicista* (impacto econômico do envelhecimento social); *sociocultural* (velhice entendida como uma construção social e os reflexos sobre as possíveis formas de sua representação); *transdisciplinar* (dimensão que se esforça em contemplar o conjunto dos aspectos biológico-econômico-sociocultural).

Assim, a caracterização de idoso vai além de uma definição padrão que considera, de forma absoluta e fria, determinada faixa etária. Envolve múltiplos fatores que afetam diferentemente cada indivíduo. Veras (1991) questiona a forma de se estabelecer, efetivamente, o que se pode entender por velhice, e responde ser, no seu entendimento, um termo impreciso, que guarda uma relativa dificuldade de percepção, considerando-se que está relacionado a fatores emocionais e psicológicos, além do fator idade cronológica. Nessa perspectiva, a Organização Mundial da Saúde – OMS e o Projeto Saúde, Bem-estar, e Envelhecimento – SABE⁵, entre outros, definem o idoso como o indivíduo com sessenta anos ou mais, para os países menos desenvolvidos e com sessenta e cinco anos ou mais para países desenvolvidos.

Por outro lado, a legislação brasileira qualifica o que entende por idoso. Isso está explícito na Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003⁶, em seu artigo 1º: “*É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos*”. Esse critério é o adotado no presente estudo sem, todavia, desconsiderar as qualificações antes mencionadas.

⁵ Projeto SABE – Saúde Bem-estar e Envelhecimento

⁶ A Lei 10.741 também é tratada como “Estatuto do Idoso”

2.2 O envelhecimento da população brasileira

Os anos 80 marcaram o final da transição demográfica no Brasil (COSTA, 1986). Esse fenômeno tem sido descrito como sendo composto de três fases (MEDICI, BELTRÃO, 1993). Na primeira delas, ocorrem elevadas taxas de natalidade e mortalidade, determinando baixo crescimento populacional. Na segunda, estão presentes taxas elevadas de natalidade e queda das taxas de mortalidade, provocando crescimento populacional significativo. Na seqüência, as taxas de natalidade também começam a declinar: esta fase constitui a transição para a terceira, que se caracteriza por, novamente, baixo crescimento populacional, agora determinado por baixas taxas de natalidade e mortalidade.

Historicamente, a transição demográfica nos países desenvolvidos esteve associada à Revolução Industrial, aos seus efeitos, mesmo que prolongados, e ao desenvolvimento de tecnologias da área médica e farmacológica. Nesses países, a transição e seus três ciclos foram encerrados na parte inicial do século passado. Nos países em desenvolvimento, a explosão populacional característica da segunda fase esteve também associada ao crescimento econômico e à importação das tecnologias da área da saúde já desenvolvidas.

No Brasil, as elevadas taxas de crescimento populacional ocorreram até o final dos anos 70 e equivaleram ao ponto de inflexão da curva da transição demográfica (RAMOS, VERAS, KALACHE, 1987). O crescimento populacional ocorrido no Brasil, nos últimos 120 anos, mostrou-se muito elevado e, possivelmente, como poucos no mundo, no mesmo período (FRIGOLLETO, 2006).

Baseando-se em padrões da OMS e em face da velocidade em que a transição demográfica ocorreu, o Brasil, em poucos anos, passou de um país jovem para um país estruturalmente idoso (CARDOSO, 2005), como decorrência do declínio da fecundidade e não apenas da queda das taxas de mortalidade, corroborando as constatações de Chaimowicz (1997).

Nos últimos anos 25 anos observou-se claramente esse processo de envelhecimento demográfico no Brasil. O censo de 1980 (IBGE, Revisão 2004)

indicou que, nesse ano, 6,1% (7,2 milhões de uma total de 118,6 milhões) da população tinha sessenta anos ou mais. Em 2005, essa população foi projetada em 8,8%, devendo chegar a, pouco mais de, 24% em 2050 (IBGE, *ibidem*).

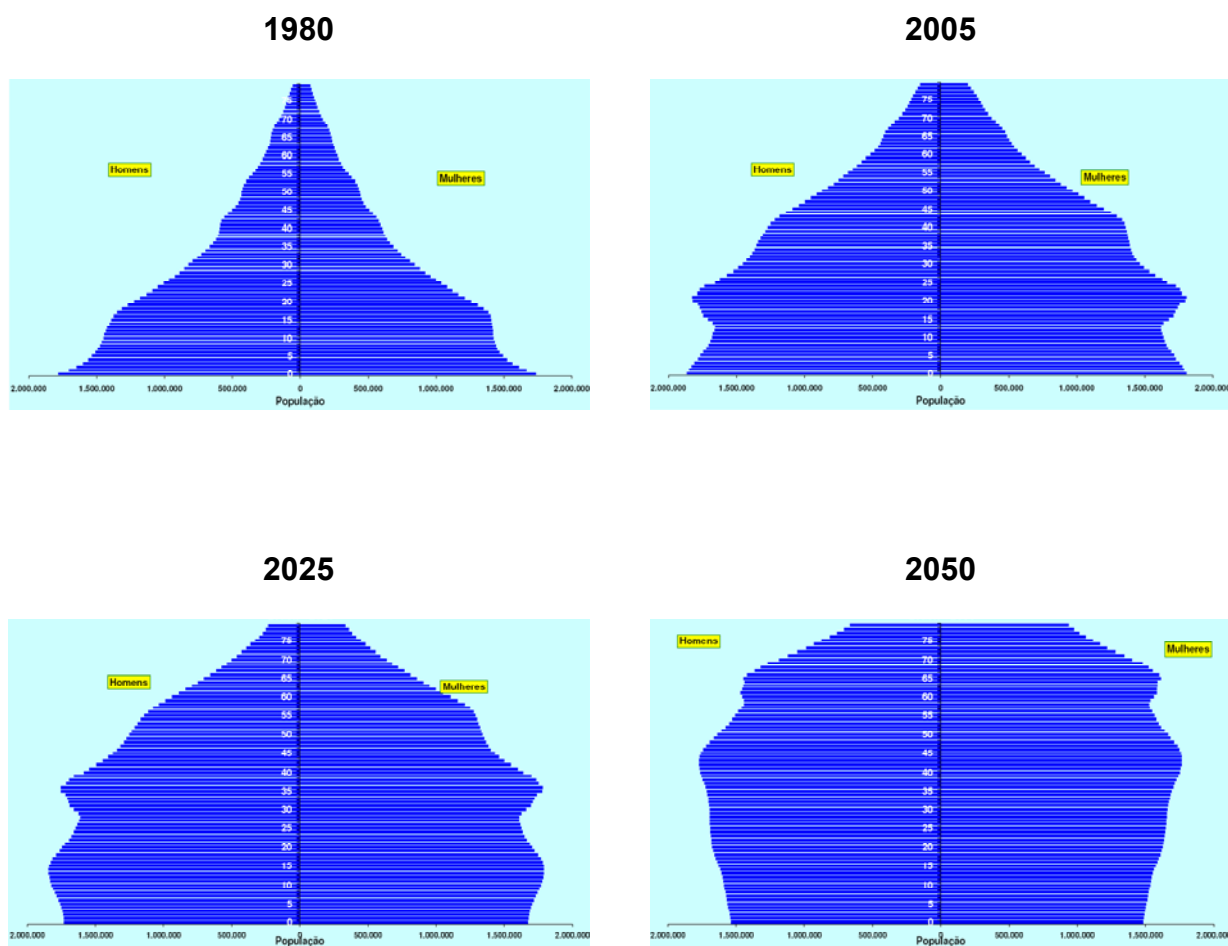
No período de vinte e cinco anos – 1980 a 2005 –, o crescimento total da população foi de 55,3%; o referente a idosos superou 126,3% (Quadro 1). Destacasse, desses números, a faixa de idade com mais de oitenta anos, que apresentou um crescimento de 246,0%, refletindo a ocorrência do que caracteriza uma transição demográfica acelerada. Na Figura 1, pode ser visualizada a evolução da estrutura etária da população brasileira, de 1980 a 2005, e as projeções para 2025 e 2050.

Quadro 1 – Taxa de crescimento da população brasileira, no período 1980-2005, segundo faixas etárias e sexo – período 1980/2005

Idades	2005 / 1980 (%)		
	Ambos	Homens	Mulheres
Total	55,3	53,7	57,0
< 60	50,8	50,0	51,5
60 - 64	106,8	96,3	116,6
65 - 69	104,4	93,7	114,6
70 - 74	123,9	109,0	137,4
75 - 79	155,2	142,3	166,0
80 >	246,0	254,1	240,5
Idosos	126,3	114,1	137,2

Fonte: IBGE, Revisão 2004

Figura 1 – Evolução da pirâmide etária absoluta da população brasileira – período 1980 a 2050



Fonte: IBGE, Revisão 2004

Ainda na Figura 1, a projeção da pirâmide etária para o ano de 2025 mostra que o grupo de idosos, confirmadas as premissas do IBGE, representará cerca de 15,1% da população brasileira. Cabe mencionar que, no período compreendido entre os anos de 2025 e 2050, o desenho da pirâmide brasileira já terá alcançado relativo equilíbrio, de modo que a reorganização dos sistemas previdenciário e de saúde já precisará ter ocorrido ou deverá estar em fase bastante adiantada, caso contrário a situação da população idosa ficará seriamente comprometida.

Ressalte-se que a esperança de vida em 1980 era de 62,6 anos, atualmente é de 71,9 e está projetada em 81,3 anos para 2025. Por outro lado, os dados sobre a mortalidade infantil⁷ dão conta de que, para o mesmo período, a evolução será uma redução de 69,1 para 6,4 (Quadro 2). Para a taxa de fecundidade, as informações disponíveis indicam forte tendência decrescente, de 4,06 filhos por mulher em 1980, para 1,85 em 2050, sendo este o movimento que de fato explica o aumento da proporção dos idosos na população total (para 2050, a projeção é próxima de 25%).

A situação poderá ser ainda mais grave, se levado em conta que a taxa de 2,1 nascimentos por mulher, definida como “nível de reposição da população”, deverá ser atingida em 2023, e que em 2062 a população brasileira começará a declinar⁸, provocando forte envelhecimento populacional, e a necessidade de uma mudança na divisão do trabalho, caso a produtividade não acompanhe esse movimento com uma forte tendência crescente.

Diante desse cenário, várias esferas da estrutura social serão afetadas: no campo da economia, da política, da educação, da cultural social, demandando atenção para as condições de vidas dos idosos, bem como dos mais jovens.

Quadro 2 – Evolução histórica e projeção da esperança de vida e mortalidade infantil – período 1980 / 2050

Ano	Esperança (anos)	Mortalidade (‰)
1980	62,6	69,1
2000	70,4	30,1
2005	71,9	25,8
2050	81,3	6,4

Fonte: IBGE, Revisão 2004

A Organização Mundial da Saúde, em documento recentemente publicado (OMS, 2005, p. 33), sob o título *“Envelhecimento ativo: uma política de*

⁷ Número de mortos com menos de 1 (um) ano de idade por grupo de 1.000 (mil) nascidos vivos.

⁸ Fonte: IBGE, Revisão 2004.

saúde”, resume a situação dos efeitos da transição demográfica e faz previsões nada favoráveis para os países em desenvolvimento, que somam a esse cenário os problemas de difícil transposição, relativos à transição nutricional:

“À medida que as nações se industrializam, mudanças nos padrões de vida e trabalho são inevitavelmente acompanhadas por uma transformação nos padrões das doenças. Essas transformações apresentam maior impacto nos países em desenvolvimento. Ainda lutando contra doenças infecciosas, desnutrição e complicações puerperais, esses países enfrentam um rápido crescimento das doenças não transmissíveis (DANTs). Esta “carga dupla de doenças” reduz os recursos já escassos ao seu limite. Esta mudança no padrão de doenças transmissíveis para as não transmissíveis está ocorrendo rapidamente na maioria dos países desenvolvidos, onde as doenças crônicas, como cardiopatias, câncer e depressão estão cada vez mais se tornando as principais causas de morte e invalidez. Esta tendência irá crescer nas próximas décadas. Em 1990, 51% da carga global de doença em países em desenvolvimento e recentemente industrializados era representada por doenças não transmissíveis, doenças mentais e lesões. Em 2020, a carga dessas doenças irá aumentar para aproximadamente 78%”.

O Brasil ainda pode ser chamado de um país de jovens, porém, em menos de cinquenta anos, será uma nação, prevalentemente, de adultos. O total de idosos, em 2050, será maior do que a parte da população com menos de vinte anos. A faixa etária de oitenta anos é a que deverá apresentar maior crescimento.

Em resumo, a velhice constitui um desafio para a sociedade prover, a quem já contribuiu para a produção social, condições de sobrevivência de acordo com padrões adequados de qualidade de vida.

2.3 O idoso, a saúde, a nutrição e a atividade física.

Paralelamente à transição demográfica, a velhice associa-se a outros dois fenômenos: Transição Epidemiológica e Nutricional. Segundo Chaimowicz, (1997, p.

189), “(...) o conceito de transição epidemiológica refere-se às modificações, a longo prazo, dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas”. O processo apresenta três fases distintas: na primeira, ocorre a substituição das principais causas de morte – das doenças transmissíveis pelas doenças não transmissíveis e causas externas, movimento determinado, em especial, pelo desenvolvimento dos recursos da medicina e sócio-econômicos. Na segunda fase, a carga de morbi-mortalidade, concentrada em grupos mais jovens, passa para os grupos mais idosos. Na última delas, há a passagem da condição de predomínio da mortalidade para a da morbidade.

Para a análise das causas de morte, Chaimowicz (1997, p. 189) propõe a seguinte classificação: grupo 1 - doenças transmissíveis, causas maternas e perinatais; grupo 2 - doenças não transmissíveis; grupo 3 - causas externas. Conclui, dizendo que “(...) é possível comparar grosseiramente os estágios da transição epidemiológica em diversos países, utilizando índice calculado por meio da razão entre o total de óbitos dos Grupos 2 e 1. Enquanto em regiões desenvolvidas o índice se aproxima de 17, em regiões subdesenvolvidas não ultrapassa a unidade”.

O grupo 2, das doenças não transmissíveis (DANTs – Doenças e Agravos Não Transmissíveis) inclui uma série de problemas de saúde que atingem em larga medida o idoso, tais como diabetes (enfermidade que se caracteriza por altos níveis de glicose no sangue), hipertensão (elevação da pressão arterial para números acima dos valores considerados normais, que pode causar problemas no cérebro, coração, rins e olhos), neoplasias (em um órgão, crescimento descontrolado e disseminação de células anormais, que podem invadir outros órgãos), e obesidade (enfermidade caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, associada a problemas de saúde). No Brasil, a predominância de óbitos, entre idosos, relacionados às DANTs é significativa. Em 1999, as doenças do aparelho circulatório representaram cerca de um terço dos óbitos, e as neoplasias, 12,5%⁹.

⁹ Fonte: DATASUS. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Acessado em: 31/10/2005.

A obesidade é fator de risco para muitas DANTs. Acuña e Cruz (2004, p. 358), sobre a grande prevalência da obesidade no Brasil, dizem que “(...) *o problema da escassez tem sido rapidamente substituído pelo problema do excesso alimentar, que ocorreu em todos os estratos econômicos com aumento proporcional mais elevado nas famílias de baixa renda. A este fenômeno denomina-se transição nutricional*”. Monteiro, Souza e Mondini (1995) lembram que ocorreu uma inversão entre desnutrição e obesidade, no período compreendido entre os anos de 1974 e 1989. A desnutrição, que excedia a obesidade em uma vez e meia, deu lugar à posição da obesidade, que a excedeu em mais de duas vezes.

Na visão de Chaimowicz (1997), a transição epidemiológica tem uma trajetória diferente no Brasil do que na da maioria dos países desenvolvidos e em alguns países latino-americanos (Chile, Cuba e Costa Rica). Isso significa que não haveria, propriamente, uma transição, mas superposição entre as etapas marcadas por quatro aspectos graves: a) a presença concorrente de doenças transmissíveis e doenças crônico-degenerativas; b) a incidência de doenças como dengue e cólera, ou o recrudescimento de outras como a malária, hanseníase e leishmanioses, caracterizando uma situação não unidirecional, denominada “contra-transição”; c) uma condição definida como “transição prolongada”, face ao fato de que o processo de transição não se resolve de maneira clara, permanecendo em níveis elevados as taxas de morbi-mortalidade; d) existência de situações epidemiológicas distintas, em diferentes regiões (polarização epidemiológica).

Autores como Drewnowski e Popkin (1997), Monteiro e Conde (1999) chamam a atenção para o papel do estilo de vida vigente, caracterizado por tabagismo, sedentarismo, alcoolismo e estresse, no aumento da importância das DANTs, destacando os problemas de obesidade, hipercolesterolemia e hipertensão arterial. Alterações nesse estilo de vida contribuem para a diminuição da mortalidade e podem ser vistas como uma condição importante para o retardo do surgimento dessas doenças (MONTEIRO, SOUZA, MONDINI, 1995).

Um outro fenômeno, diretamente relacionado à transição epidemiológica, é o chamado transição nutricional, que envolve não apenas as mudanças de hábitos

alimentares, mas também o aumento da prevalência do sobrepeso e da obesidade em detrimento dos problemas de desnutrição. Segundo Tonial (2002), Monteiro (1995) foi, possivelmente, o primeiro a usar a expressão “transição nutricional” como um processo no qual a desnutrição tenderia a perder terreno epidemiológico para a obesidade. Em termos práticos, é o resultado das modificações na composição da dieta e tem estreita correlação com alterações das estruturas econômicas, sociais, demográficas e da saúde, e os seus efeitos são claramente percebidos nos países em desenvolvimento (SARTORELLI, FRANCO, 2003).

Em estudo sobre a alteração do padrão alimentar, Barreto e Cyrillo (2001), como também Monteiro, Souza, e Mondini (1995) analisaram a substituição de alimentos *in natura*, nas três últimas décadas, nas sete maiores regiões metropolitanas do País, e relatam o crescente consumo, de proteínas animais, em detrimento das proteínas vegetais, bem como de lipídios em troca de carboidratos. Sartorelli e Franco (2003) corroboram esses resultados, enfatizando que tais mudanças predispõem o indivíduo a diabetes tipo 2 e a outras doenças crônicas.

A desnutrição e a obesidade, no Brasil, estão presentes em diversos estratos sociais e contrariam o senso comum de acreditar que a primeira é incidência relacionada à pobreza e a segunda prerrogativa de indivíduos de famílias com renda maiores. Mondini e Monteiro (1998, p. 28), com base na Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição – PNSN, de 1989, realizaram uma análise dos seus dados e fizeram um alerta para o fato de existir evidências da “(...) *necessidade de se rever os modelos de causalidade tradicionalmente admitidos no país para a desnutrição e para a obesidade*” (...) “(...) *os resultados encontrados por este estudo revelam, de modo contundente, quão imprecisa é a afirmação de que a desnutrição é um problema de toda população pobre do país, enquanto a obesidade apenas o seria para os mais ricos*”. Se, por um lado, encontraram um quadro que indicava controle sobre a desnutrição infantil, de outro foi detectada a presença de “(...) *obesidade em mulheres adultas constitui(ndo) problema de Saúde Pública (altas prevalências), mesmo para famílias situadas abaixo da linha da pobreza extrema*” (MONDINI, MONTEIRO, 1998, p. 28). Concluem indicando a necessidade da revisão das prioridades e das estratégias de intervenções das políticas públicas referentes à

nutrição, face às mudanças da causalidade da desnutrição e da obesidade, pela dimensão atingida por estes distúrbios, independente dos estratos da população.

A questão nutricional é também muito importante para a análise da situação do idoso, que está sujeito tanto ao risco de desnutrição – vista, muitas vezes, como processo normal do envelhecimento - como de obesidade. A desnutrição protéico-calórica (DPC) entre os idosos também está associada ao aumento da mortalidade e da susceptibilidade às infecções, bem como à redução da qualidade de vida (OTERO, ROZENFELD, GADELHA, *et al.* 2002). A magreza excessiva na população idosa é apontada como fator mais fortemente associado à mortalidade do que o excesso de peso. Os óbitos por desnutrição, assim como na infância, surgem mais como causa associada do que como causa básica, o que pode ser interpretado como a fragilização do conjunto das funções orgânicas, propiciando o surgimento de uma situação de risco mórbido, pelo surgimento de doenças de variados tipos. A frequência de magreza, inclusive as mais intensas, entre os idosos, aumenta nas últimas faixas de idade e atinge mais os idosos habitantes de grandes conglomerados urbanos, particularmente as regiões metropolitanas. (OTERO, ROZENFELD, GADELHA, *loc. cit.*).

Por outro lado, Campos, Monteiro e Ornelas (2000) observam a tendência de aumento do sobrepeso e obesidade nesse segmento da população, à semelhança do que está ocorrendo com a população em geral. Já no final dos anos 80, Coitinho, Leão e Recine (1991) afirmavam que metade da população idosa brasileira apresentava sobrepeso.

Como já mencionado, obesidade, independentemente de sexo e idade, é um importante fator de risco para DANTs. A obesidade é “(...) *considerada crônica e inter-relacionada direta ou indiretamente com algumas outras situações patológicas contribuintes da morbi-mortalidade como as doenças cardiovasculares, osteomusculares e neoplásicas*” (CABRERA, JACOB FILHO, 2001, p. 495). A mudança de hábitos alimentares, principalmente o aumento do consumo de açúcar e gordura, é responsabilizada pelo aumento desse problema, o que levou a OMS a classificar a obesidade como uma epidemia (DA CRUZ, ALMEIDA, SCHWANKE, *et*

al. 2004). Há uma tendência crescente de atingir a população adulta, cerca de 30%, e índices mais elevados na população idosa (CABRERA, JACOB FILHO, 2001).

A prevalência da obesidade, no caso do Brasil, tem destaque no período compreendido entre as décadas de 1960 e 1990, coincidente com as mudanças econômicas e epidemiológicas (CHAIMOWICZ, 1997). O Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF), realizado em 1974-75, e a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), realizada em 1989, estudos estes sobre a condição nutricional brasileira, têm servido como referência para a avaliação dos níveis de obesidade no País. Em nova análise desses dados, Monteiro (2000) observou que adultos entre 25 e 64 anos de idade tiveram um aumento na prevalência de obesidade, entre 1974 e 1989, de 5,5% para 9,6%. (DA CRUZ, ALMEIDA, SCHWANKE *et al.*, 2004).

Outro ponto importante sobre a nutrição de populações idosas é que, embora a magreza excessiva na população idosa seja apontada como fator mais fortemente associado à mortalidade do que o excesso de peso, os óbitos por desnutrição, assim como na infância, surgem mais como causa associada do que como causa básica, o que pode ser interpretado como a fragilização do conjunto das funções orgânicas, propiciando o surgimento de uma situação de risco mórbido, pelo surgimento de doenças de variados tipos.

Considerando-se a permanente busca de condições satisfatórias de qualidade de vida, o estado da saúde dos idosos cumpre um papel da maior importância, pois é chave determinante da possibilidade de que se mantenham independentes e autônomos, algo de muito desejo e valor para indivíduos de qualquer idade e, mais ainda, para os idosos (ARBER, GINN, 1993; LEBRÃO, LAURENTI, 2003). Essa visão é compartilhada pela OMS, ao considerar o bom estado de saúde fator indispensável para permitir níveis satisfatórios, no mínimo, da qualidade de vida dos idosos para que possa continuar participando da vida em sociedade de forma hígida (WHO, 2002).

De outra forma, Arber e Ginn (1993, *apud* GIATTI, BARRETO, 2002) tratam da situação em que ocorrem condições deficientes do estado de saúde que, em geral, acarreta em maior dependência de apoio de cuidadores e aumento de agravo de doenças. A falta, ou diminuição, da autonomia e da independência é percebida pelo idoso como perda de valores vitais, perda de dignidade humana, e distanciamento de uma vida em condições satisfatórias, muitas vezes, podendo levar a um quadro emocional depressivo. Alves (2004, p. 8) destaca que “(...) a *autonomia se refere a capacidade de decidir e a independência a capacidade do indivíduo realizar algo com seus próprios meios*”. Complementa ressaltando que a situação acaba por provocar a realimentação do processo: a saúde ruim pode ser influenciada pela perda de autonomia e dependência e estas atingem aquela.

Chaimowicz (1997, p. 190), considerando as limitações dos dados de mortalidade, vê os estudos de morbidade como mais confiáveis para caracterização do perfil de saúde dos idosos no Brasil, “(...) *ao abordar conjuntamente as incapacidades, refletem de modo mais adequado o impacto da doença sobre as famílias, o sistema de saúde e, principalmente, a qualidade de vida dos idosos*”. Destaca-se, também, a consideração que faz a respeito da autonomia do idoso, que reforça a valorização anteriormente expendida ao conceito: “*as questões da capacidade funcional e autonomia do idoso podem ser mais importantes que a própria questão da morbidade, pois se relacionam diretamente à qualidade de vida*”.

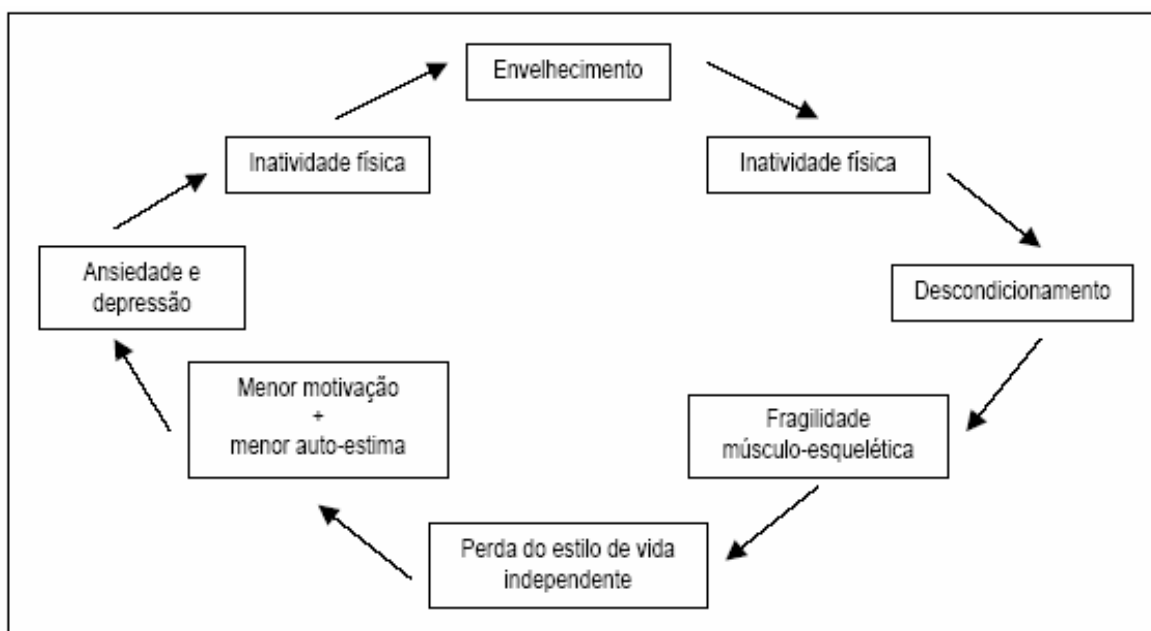
Um outro elemento importante para a prevenção de vários problemas de saúde, que atingem o idoso, é a prática de atividade física. Dada uma autonomia, existe a possibilidade de realizar as atividades rotineiras, lazer, higiene pessoal, entre outros, exercitar-se e até trabalhar. A existência dessas condições contribui para a melhora na auto-estima e autoconfiança, resultando em ganhos para a qualidade de vida. No caso das pessoas economicamente ativas, o estilo de vida a que são submetidos em regiões urbanas, aumenta as dificuldades em estabelecer uma rotina de práticas de atividade física (GOMES, GOMES, 2004)

Nóbrega, Freitas, Oliveira, *et al.* (1999), afirmam que a discussão sobre os resultados alcançados pela atividade física regular vem de longa data e é intuitiva a

sua associação à saúde e à longevidade. Estilo de vida ativo e saudável contribui para o retardamento das alterações naturais ao processo de envelhecimento. O limiar dos sessenta anos marca a redução da força muscular com valores entre 30% e 40% e da massa óssea, com maior frequência entre as mulheres, podendo decorrer osteoporose com aumento do risco de fraturas. Já há relatos provenientes de pesquisa sobre a diminuição de quedas e decorrente risco de fraturas e da mortalidade em portadores de doença de Parkinson, em grupos praticantes de atividades físicas regulares. Da mesma forma, a atividade física tem sido uma recomendação no auxílio ao tratamento de outras doenças neurológicas, como esclerose múltipla e doença de Alzheimer (ROCHA, 2005; OLIVEIRA, 2001; GOULART, BARBOSA, SILVA, 2005).

A Figura 2 esquematiza o ciclo vicioso do envelhecimento (NÓBREGA, FREITAS, OLIVEIRA, *et al.*, 1999). Fica claro que, se o ciclo não for interrompido por mudanças de comportamento que levem à prática de atividade física, o envelhecimento se acelera e se deterioram as condições para uma boa qualidade de vida.

Figura 2 – O ciclo vicioso do envelhecimento



Fonte: Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte, in: NÓBREGA, FREITAS, OLIVEIRA, *et al.* 1999.

2.4 O idoso e a qualidade de vida

O processo de envelhecimento é heterogêneo, podendo ou não resultar em boa qualidade de vida. Originalmente, o conceito de Qualidade de Vida foi relacionado, no campo da saúde, às condições de sobrevivência dos recém-nascidos, tendo sido estendido, rapidamente, para o atendimento de pacientes adultos e idosos altamente fragilizados ou terminais. Na seqüência, passou a ser discutido e estudado em diversas outras áreas, como nas ciências sociais, na psicologia e nas ligadas ao estudo das organizações e de seu ambiente (NERI, 1997).

O uso do termo pode ser visto em duas grandes vertentes: no trato cotidiano, por pessoas da população em geral, jornalistas, políticos, profissionais de diversas áreas e gestores ligados às políticas públicas; e dentro da pesquisa científica, nos estudos envolvendo a economia, sociologia, a educação, a medicina, a enfermagem, a psicologia e outros campos da saúde (SEIDL, ZANNON, 2004). Nesta última, ainda, a revisão da literatura permite perceber uma segunda dicotomia: estudos na área da saúde, e outros das áreas social, humana e do comportamento.

Minayo, Hartz e Buss (2000) ressaltam que o conceito "qualidade de vida" é múltiplo no conjunto dos sentidos envolvidos e aproxima-se da busca da satisfação na vida familiar, amorosa, social e ambiental. É influenciado, diretamente, por padrões, definidos por grupos sociais, e representado por seus valores materiais e culturais, avaliados objetivamente ou não.

Se, por um lado, na definição e conceituação de "qualidade de vida", há ausência de consenso, por outro, a literatura pertinente é farta em considerar que é multidimensional, subjetiva, depende de auto-avaliação, e é extremamente variável e sensível ao tempo (FLECK, LOUZADA, XAVIER, *et al.*, 2000; MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000).

Na década de 70, Campbell (*apud* SEIDL, ZANNON, 2004, p. 581) tratou da dificuldade de se emitir uma definição única e clara sobre o tema, idéia que pode

ser considerada ainda válida: *"Qualidade de vida é uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é"*.

Para o Grupo WHOQOL (1994), *"(...) é a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações"* (FLECK, CHACHAMOVICH, TRENTINI, 2003, p. 795).

Se a tentativa de avaliar "qualidade de vida", por si só, é uma tarefa difícil, quando se trata de avaliá-la para idosos, a dificuldade é maior. Em primeiro lugar, pela escassez de instrumentos específicos a essa faixa etária. A OMS, objetivando conhecer como os idosos percebem o seu próprio envelhecimento, desenvolve o projeto WHOQOL-OLD (World Health Organization Quality of Life), que tem como objetivos principais elaborar um instrumento para avaliação de qualidade de vida em adultos idosos, baseado, no instrumento já desenvolvido para adultos, o WHOQOL-100, e suas vertentes e, por meio dele, desenvolver um projeto transcultural para comparar o envelhecimento doente com o envelhecimento saudável. *"Os idosos constituem um grupo particular e, como tal, apresentam especificidades de importante relevância para a qualidade de vida"* (FLECK, CHACHAMOVICH, TRENTINI, 2003, p. 793). Em segundo lugar, entre os idosos, provavelmente, há desconforto em responder acerca de sua qualidade de vida, pois isso pode induzir a comparação de sua condição atual com a sua própria juventude, de modo que, sem um questionário específico, pode-se obter, em uma avaliação, resultados enviesados.

Os estudos, na América Latina e no Brasil, em particular, quanto à qualidade de vida em pessoas idosas, são recentes quando comparados com a literatura internacional; entretanto cerca de 40,18% das pesquisas brasileiras sobre qualidade de vida referem-se a idosos. Paschoal (2005) diz que, talvez, o fato da intensificação desses estudos deva-se ao processo de envelhecimento mais tardio nos países menos desenvolvidos, que passaram a sofrer a transição demográfica a partir de 1990, com o envelhecimento extremamente rápido de suas populações.

Se Campbell (*apud* SEIDL, ZANNON, 2004, p. 581) dizia que "(...) *qualidade de vida é uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é*", a conceituação de saúde da OMS faz com que se pondere se essa não pode ser tomada como definição daquela. Para a OMS saúde é definida como "*o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, não meramente a ausência de doença ou enfermidade*". A fim de que seja alcançada essa condição, diversos fatores precisam estar presentes na vida do indivíduo, além daqueles ligados ao campo da medicina, posto que já é percebida a rejeição da definição de saúde como "*ausência de doença*", reforçando o conceito da necessidade do equilíbrio bio-psico-social. Sendo um conceito de múltiplas faces, e desconsiderada a exclusiva visão do campo da medicina, pode ser tomada como conceito de qualidade de vida, adotado neste trabalho.

Ainda quanto ao caráter etéreo da noção de qualidade de vida, cabe enfatizar que, no Brasil, muitos idosos enfrentam pelo menos dois fatores objetivos afetando a sua qualidade de vida. Em primeiro lugar, muitos compartilham sua renda, basicamente aposentadorias, com demais membros da família. Em segundo lugar, outros tantos, após a saída do mercado de trabalho, vêm-se obrigados a retornar para a complementação de sua renda (CAMPINO, CYRILLO, 2003).

O relatório de indicadores Municipais desenvolvido pelo IBGE, a partir do censo de 2000, mostrou que 27% da população idosa participava com mais de 90% dos rendimentos familiares, caracterizando, dessa forma, elevada dependência econômica das famílias. Renda proveniente, em grande parte, de aposentadorias. Campino e Cyrillo (2003), analisando dados de renda e ocupação de idosos, gerados pela pesquisa SABE, apontam o fato de que 42% apresentavam uma ocupação e 21% de suas rendas eram provenientes do trabalho.

Assim, a precária condição social faz com que a renda do idoso, em larga escala, termine por ser dirigida à subsistência da família, quando poderia ser usada para a garantia de uma alimentação de melhor qualidade (OTERO, ROZENFELD, GADELHA, *et al.* 2002). Generalizando-se, é uma situação perversa, uma vez que, pelo lado material, ao se retirar da vida ativa, em vez de fazer uso dos rendimentos

da aposentadoria para cuidar de si próprio, em domicílio separado, a presença do idoso no arranjo familiar torna-se um fator de redução do grau de pobreza (CAMPOS, MONTEIRO, ORNELAS, 2000), graças à sua aposentadoria ou mesmo a rendimentos gerados por trabalho informal.

Em um futuro próximo, nada irá alterar as condições de envelhecimento, em escala crescente, da população brasileira. Alterações demográficas são lentas e os seus resultados demorados. Nesse ambiente de incertezas sobre bons níveis de qualidade de vida, tanto para a atual geração de jovens e adultos, quanto para os já idosos, é grande a necessidade de melhor se conhecer os fatores que possam descrever a desigualdade (pelos hábitos e comportamentos) entre iguais (pela idade).

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Esta dissertação tem como intuito descrever um grupo de idosos, freqüentadores de um centro especializado em práticas esportivas, relativamente a aspectos sócio-econômico e demográfico, nutricional e de auto-percepção de qualidade de vida.

3.2 Específicos

Para um conjunto de idosos, submetidos às visões subjetivas e objetivas, pretende-se:

- a) determinar o estado nutricional;
- b) estudar a distribuição segundo variáveis demográficas e sócio-econômicas;
- c) caracterizar o grupo segundo a auto-percepção de saúde e de qualidade de vida;

4. METODOLOGIA

O presente estudo, transversal, tem caráter descritivo, visando identificar aspectos diferenciais de um grupo de idosos praticantes de atividade física, baseado no conceito de pesquisa descritiva de Gil (1991), Rudio, (1979) e Cervo e Bervian (1983).

Utilizou-se o banco de dados do PRINUTHA, que contém as informações da pesquisa sobre “Saúde, Nutrição e Qualidade de vida dos freqüentadores do CEPEUSP”, realizada em parceria com o CEPEUSP, no evento Cartão Vermelho ao Sedentarismo que ocorreu nos dias 30 e 31 de março, e 1º de abril de 2006. O Projeto PRINUTHA tem aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Farmacêuticas – FCF/USP (Anexo A). Naquela pesquisa, foi adotado o modelo de levantamento de dados por questionários, auto-preenchidos, que, segundo Gil (1991, p. 56), “(...) caracteriza-se pela *interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer*”. O questionário utilizado consta do Anexo B, do qual um conjunto de questões foi selecionado para o estudo descritivo do grupo de idosos que participaram da pesquisa. Esse grupo constituiu, portanto, uma amostra não aleatória (de conveniência), cujos elementos são pessoas com 60 anos e mais, que se dispuseram a responder o questionário proposto. Totalizou 64 idosos, o que correspondeu a 26,7% do total de entrevistados pelo PRINUTHA, sendo 41 mulheres e 23 homens.

As variáveis selecionadas a partir do instrumento de coleta são as descritas a seguir, agregadas de acordo com os objetivos do estudo:

- Sexo: para a caracterização da amostra, separada por gênero, e possibilitar a comparação com outras fontes;
- Idade: originou as faixas de idade. Neste caso, adotaram-se critérios semelhantes aos que, geralmente, são usados pelo IBGE em seus relatórios e análises. Em algumas circunstâncias, o IBGE adota outros agrupamentos;

- Raça: adotou-se uma classificação adaptada dos critérios da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE).
- Estado civil: da mesma forma, é uma classificação adaptada do SEADE e tratada neste trabalho como nupcialidade¹⁰.
- Escolaridade: foi mensurada a partir da questão sobre “Quantos anos você estudou em ” - 1º Grau / Primário / Fundamental / Ginásio / 2º Grau Científico, ou Clássico, ou Normal / Curso Técnico / Faculdade / Pós-Graduação. Na análise, esses dados foram agrupados, em faixas, semelhantes às adotados pelo IBGE.
- Trabalho: investigou se o entrevistado estava empregado, na data da entrevista, ou se era aposentado, estudante ou ainda alguma outra categoria a ser especificada.
- Local de residência: para a caracterização da cidade de moradia e possibilitar a comparação com outras fontes;
- Condição de isolamento: averiguou a condição de “morar sozinho” ou “morar com quem”. A condição morar sozinho é tema de outras pesquisas sobre idosos e relaciona-se com aspectos econômicos, sociais e psicológicos;
- Renda familiar: esta variável foi obtida diretamente, a partir de classes de renda propostas como opção, conforme Figura 3.

Figura 3 – Faixas de renda familiar consideradas na pesquisa

Faixas de renda
até R\$ 500
de R\$ 501 a R\$ 1.000
de R\$ 1.001 a R\$ 3.000
de R\$ 3.001 a R\$ 5.000
acima de R\$ 5.000

Fonte: PRINUTHA – CEPEUSP 2006

¹⁰ O IBGE, especialmente nas últimas PNAD, tem adotado o conceito de nupcialidade, que objetiva identificar uma situação de união matrimonial estável, independente dos atos formais legais.

- Saúde: este aspecto foi investigado por meio de três questões de caráter subjetivo, referindo-se a auto-avaliação pelo indivíduo entrevistado, em termos absolutos e em termos comparativos a outras pessoas de mesma idade, e há um ano antes da pesquisa. Além dessas, outras questões relativas ao aspecto Saúde, porém de cunho objetivo, como procura de atendimento médico, hábitos tabagistas, consumo de medicamentos;
- Peso e altura: para cálculo do IMC dos indivíduos. Os dados foram obtidos pela equipe de técnicos do CEPEUSP, em ficha própria, e registrados no instrumento de coleta do PRINUTHA. Para avaliação dos idosos, foi usada a classificação sugeridas por Marucci e Barbosa (2003), conforme Figura 4.

Figura 4 – Faixas de IMC específicas para idosos

Condição	IMC
Abaixo do peso	Menor do que 23
Peso normal	Igual ou maior do que 23 e menor do que 28
Sobrepeso	Igual ou maior do que 28 e menor do que 30
Obesidade	Maior do que 30

Fonte: Marucci e Barbosa (2003).

- Atividade física: investigou tempo de freqüência ao CEPEUSP, finalidade e intensidade.

Para a realização da avaliação da qualidade de vida foi utilizado um instrumento (CONSTANTINO, 2005), que solicita ao pesquisado que responda questões específicas e escolha as opções que melhor caracterize a sua auto-avaliação. O questionário considera oito grupos de variáveis (“Dimensões”). Cada uma delas contém oito questões, valorizadas de 1 até 5 e na forma de uma escala tipo Likert¹¹, com as alternativas:

- 1 para “nunca”,
- 2 para “raramente”
- 3 para “algumas vezes”
- 4 para “freqüentemente”
- 5 para “sempre”.

¹¹ Escala proposta por Rensis Likert, na qual transforma conceitos em valores absolutos.

As dimensões são:

- Hábitos Alimentares
- Atividade Física.
- Sono e Repouso
- Bem-estar pessoal
- Lazer e Diversão
- Inserção Social.
- Ocupação Principal
- Bem-estar no trabalho

A última dimensão não foi usada nesta pesquisa, uma vez que prevalece entre o grupo estudado a condição de aposentados. Cabe salientar que, na instrução dada aos pesquisadores e pesquisados, foi dito *“Somente deve ser respondida pelos entrevistados que trabalham. Estudantes, aposentados e pessoas sem trabalho remunerado não devem responder essas questões”* (PRINUTHA, 2006).

5. RESULTADOS

5.1 Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 64 idosos, 64,1% mulheres e 35,9 homens (Tabela 1), diferentemente do que foi relatado na PNAD 2004. Lá a distribuição, para a população total do Brasil (182.060 mil), indicou para mulheres 51,3% e para homens 48,7%. Para Região Metropolitana de São Paulo (RMSP) a distribuição foi 52,6%, para mulheres, e 47,4% para homens.

Tabela 1 – Distribuição da amostra, segundo sexo.

Categorias	n	%
Mulheres	41	64,1
Homens	23	35,9
Total	64	100

Fontes: PRINUTHA - pesquisa CEPEUSP 2006

A minoria dos idosos (4,7%) não morava na cidade de São Paulo. A distribuição da amostra, considerando o mesmo critério de faixas etárias adotado pelo IBGE, concentra-se na faixa 65 a 69 anos, com 24 indivíduos representando 37,5% (Tabela 2). A idade média foi de 68,9 anos.

Tabela 2 – Distribuição da amostra, segundo faixas de idade.

Categorias	Mulheres		Homens		Total	
	n	%	n	%	n	%
60 a 64	10	24,4	3	13,0	13	20,3
65 a 69	15	36,6	9	39,1	24	37,5
70 a 74	9	22,0	7	30,4	16	25,0
75 a 80	7	17,1	4	17,4	11	17,2
Total	41	100,0	23	100,0	64	100,0

Fonte: PRINUTHA - pesquisa CEPEUSP 2006

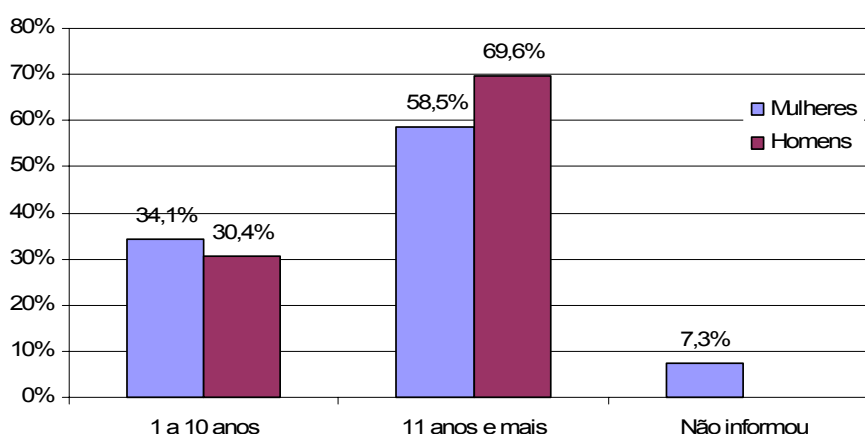
No que diz respeito à nupcialidade, 75,0% dos idosos informaram ser casados ou viver no regime de união consensual (Tabela 3). Quanto à raça, mais de 70% se declararam brancos, 23,4% amarelos e 3,1% negros.

Tabela 3 – Distribuição da amostra, segundo estado civil.

Categorias	n	%
Solteiro(a)	3	4,7
Casado(a)	47	73,4
União consensual	1	1,6
Viúvo(a)	11	17,2
Separado(a) / Divorciado(a)	2	3,1
Total	64	100

Fonte: PRINUTHA - pesquisa CEPEUSP 2006

Em relação à questão escolaridade (Gráfico 1), verificou-se uma média de 12,1 anos. A maior frequência ficou na faixa 11 anos e mais (62,5). A faixa inferior de escolaridade (1 a 3 anos), representou 3,1%:



Fonte: PRINUTHA - pesquisa CEPEUSP 2006

Gráfico 1 – Distribuição % da amostra, segundo anos completos de estudo

Na Tabela 4, observa-se que 89,1% (n=57) dos indivíduos não trabalham. Destes 46 (71,9%) são aposentados. Entre os que responderam “não trabalha”, (37,0% das mulheres e 63,0% dos homens), prevaleceu a condição de aposentado, com 79,3%. A menor fração representa aqueles que moram sozinhos (12,5%), com índice superior para as mulheres (17,1%). Para a questão “Mora com Quem”, 82,2% indicaram “Marido/Esposa” ou “Marido/Esposa e filho(s)”. Moradia quitada prevaleceu com 92,2%.

Tabela 4 – Distribuição da amostra, segundo a situação de trabalho e condição de moradia

Categorias	Trabalha?				Mora só?			
	Não	Sim	Total	%	Não	Sim	Total	%
Mulheres	38	3	41	92,7	34	7	41	82,9
Homens	19	4	23	82,6	22	1	23	95,7
Total	57	7	64	89,1	56	8	64	87,5

Fonte: PRINUTHA - pesquisa CEPEUSP 2006

No que tange à renda familiar as respostas coletadas indicaram que 29,7% da amostra estavam inseridos na faixa “1.001 a 3.000” reais correntes. A faixa “Acima 5.000” tem a segunda maior frequência (26,6%) e “Até 500” a menor (4,7%). De modo geral não há grandes variações, quando considerados os gêneros. A maior variação foi na faixa de “3.001 a 5.000”, favorável aos homens, com 4,7%. Na faixa “Acima de 5,000” foi constatada ligeira superioridade das mulheres (0,7%).

5.2 Estado Nutricional, Saúde e Qualidade de Vida

Nesta seção, descrevem-se os idosos freqüentadores do CEPEUSP, quanto ao estado nutricional, percepção de estado de saúde, qualidade de vida, a inter-relação entre elas, e características sócio-econômicas e demográficas.

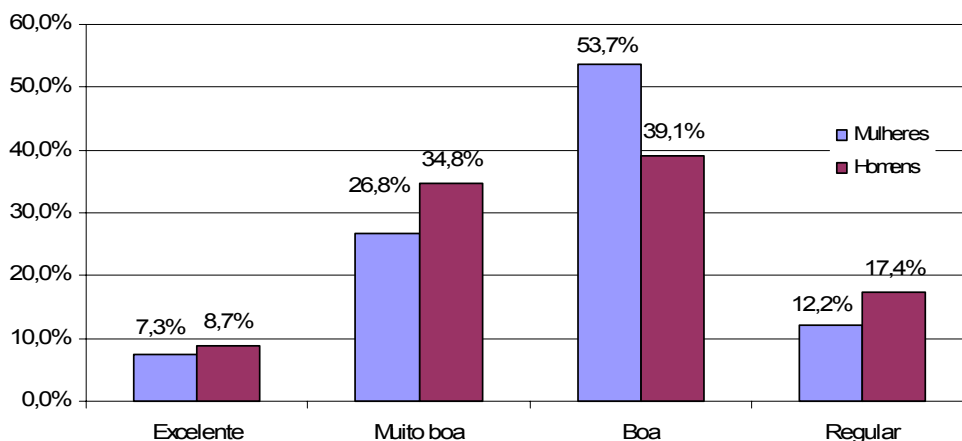
De acordo com a Tabela 5, observa-se que o IMC médio da amostra ficou em 25,7 (com baixa dispersão), refletindo uma situação adequada dentro do intervalo de normalidade. No tocante ao gênero, verifica-se que uma proporção maior dos idosos do sexo masculino possui baixo peso ou excesso de peso em relação às idosas, 47,8% contra 34,1%, respectivamente.

Tabela 5 – Distribuição da amostra, segundo estado nutricional - conceito IMC por faixas

Categorias	Mulher		Homem		Total	
	n	%	n	%	n	%
Abaixo do peso	7	17,1	5	21,7	12	18,8
Peso normal	27	65,9	12	52,2	39	60,9
Sobrepeso	2	4,9	2	8,7	4	6,3
Obesidade	5	12,2	4	17,4	9	14,1
Total	41	100,0	23	100,0	64	100,0
IMC Médio	25,5		26,0		25,7	
Desvio Padrão	4,254		2,993		3,473	
Coeficiente de Variação	0,167		0,115		0,135	

Fonte: PRINUTHA - pesquisa CEPEUSP 2006

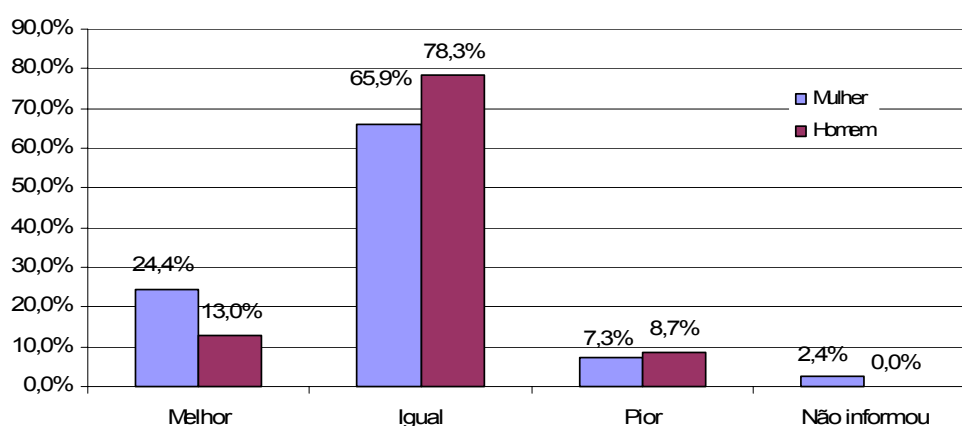
Em relação à saúde reportada, o Gráfico 2 apresenta a distribuição percentual segundo gênero e a auto-avaliação do estado de saúde, onde se observa que uma pequena parcela relata que sua saúde está regular (14,1 %).



Fonte: PRINUTHA - pesquisa CEPEUSP 2006.

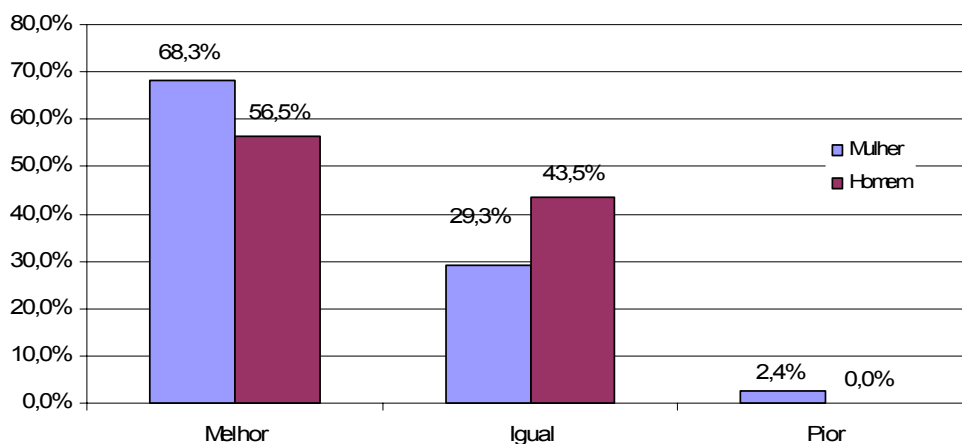
Gráfico 2 – Distribuição da amostra, segundo auto-percepção de saúde

Continuando a investigação sobre a auto-percepção de saúde, solicitou-se aos entrevistados comparar a sua situação de saúde atual com a de um ano antes. Estes resultados são apresentados no Gráfico 3, constatando-se que a grande maioria dos idosos da amostra relata estar igual ao período anterior (mais de 70%). Quando solicitados a comparar-se com outras pessoas de mesma idade, (Gráfico 4), todos, exceto um indivíduo, consideraram a sua saúde “Melhor” ou “Igual” (98,5%; n=63).



Fonte: PRINUTHA - pesquisa CEPEUSP 2006

Gráfico 3 – Auto-percepção de Saúde temporal comparada



Fonte: PRINUTHA - pesquisa CEPEUSP 2006

Gráfico 4 – Auto-percepção de Saúde comparada com os pares

Dos idosos, 52 (81,3%) procuraram um médico, nos últimos seis meses anteriores à data da pesquisa. Em relação ao gênero, 80,5% foram homens e 82,6% mulheres (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição da amostra, segundo procura por médico nos últimos seis meses

Categorias	Mulher		Homem	
	n	%	n	%
Não	8	19,5	4	17,4
Sim	33	80,5	19	82,6
Total	41	100,0	23	100,0

Fonte: PRINUTHA - pesquisa CEPEUSP 2006

Dos motivos alegados para a procura por médico, “consultas e/ou exames de rotina” apresentou a maior frequência (50,8%). Destaca-se que doenças crônico-degenerativas, como hipertensão e colesterol, foram pouco mencionadas, apenas quatro respostas (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição da amostra, segundo motivo para procurar médico nos últimos seis meses

Categorias	n	%
Rotina	30	50,8
Hipertensão / Colesterol	4	6,8
Outros	19	28,8
Não informou	8	13,6
Total	59	100,0

Fonte: PRINUTHA - pesquisa CEPEUSP 2006

Informaram fazer uso de medicamentos de forma contínua 82,8% dos idosos (Tabela 8). O maior percentual foi encontrado entre os homens (86,9%).

Tabela 8 – Distribuição da amostra, segundo o uso de medicamento de forma contínua

Categorias	Medicamento uso contínuo	
	n	%
Sim	53	82,8
Não	11	17,2
Total	64	100

Fonte: PRINUTHA - pesquisa CEPEUSP 2006

Quanto ao consumo de cigarros, 96,9% dos idosos estudados não fumavam na data da pesquisa. Essa condição abrangia todos os homens, sendo que 69,9% deles já tiveram hábito tabagista regular. Quanto às mulheres, 87,8% declararam nunca ter fumado (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição da amostra, segundo hábitos tabagistas

Categorias	Fuma		Já fumou	
	n	%	n	%
Não	62	96,9	45	70,3
Sim	2	3,1	19	29,7
Total	64	100	64	100

Fonte: PRINUTHA - pesquisa CEPEUSP 2006

Os que responderam freqüentar o CEPEUSP há mais de um ano representam 96% da amostra (Tabela 10), e isso inclui todos os homens. O motivo principal foi “Aulas” e, considerando esta resposta incluída na opção “Ambas”, o motivo chega próximo aos 83% (Tabela 11). Exatamente 81,3% dos idosos procuravam o CEPEUSP para a prática de, até, três atividades (Tabela 12).

Tabela 10 – Distribuição percentual da amostra, segundo freqüência ao CEPEUSP

Categorias	Mulher	Homem
Mais de um ano	92,7%	100,0%
Mais de um mês até seis meses	2,4%	0,0%
Não Freqüenta	2,4%	0,0%
Não informou	2,4%	0,0%
Total	100,0%	100,0%

Fonte: PRINUTHA. - pesquisa CEPEUSP 2006

Tabela 11 – Distribuição da amostra, segundo finalidade da freqüência ao CEPEUSP - por gênero

Categorias	Mulher		Homem		Total	
	n	%	n	%	n	%
Aulas	28	68,3	14	60,9	42	65,6
Atividades isoladas	3	7,3	3	13,0	6	9,4
Ambas	6	14,6	6	26,1	12	18,8
Não Freqüenta	1	2,4	0	0,0	1	1,6
Não informou	3	7,3	0	0,0	3	4,7
Total	41	100,0	23	100,0	64	100,0

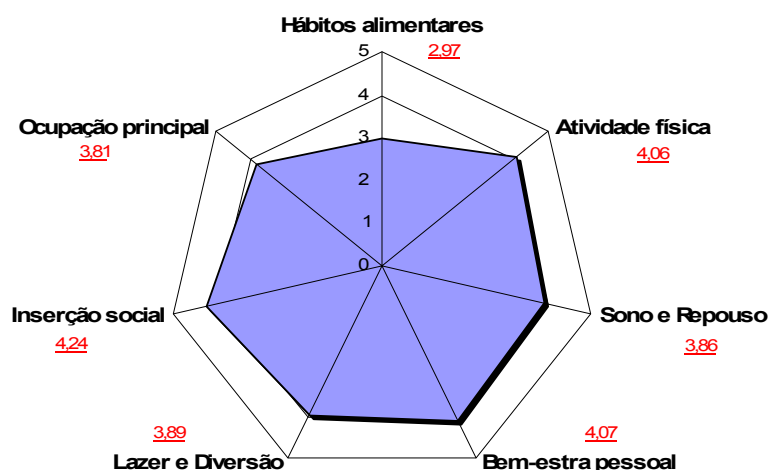
Fonte: PRINUTHA - pesquisa CEPEUSP. 2006

Tabela 12 – Distribuição da amostra, segundo número de atividades que praticam no CEPEUSP

Categorias	n	%
1 atividade	20	31,3
2 atividades	13	20,3
3 atividades	19	29,7
4 atividades	7	10,9
5 atividades	4	6,3
Total	63	100,0

Fonte: PRINUTHA - pesquisa CEPEUSP 2006

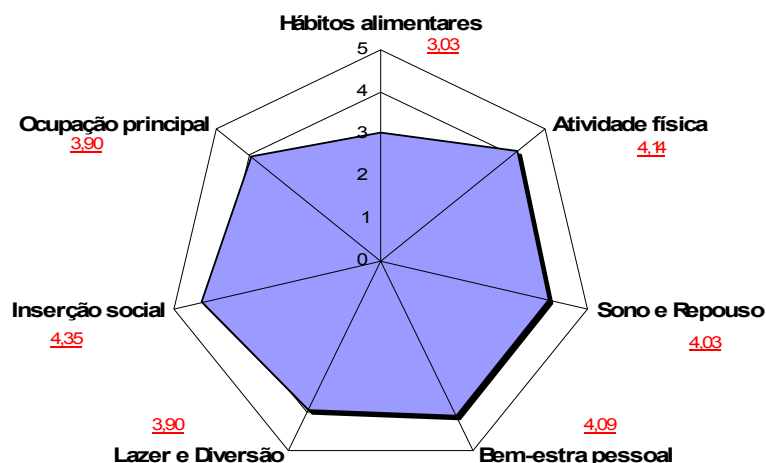
Como mencionado na metodologia, a avaliação da qualidade de vida envolveu a pontuação por parte do idoso em atividades e/ou situações classificadas em sete categorias: “Hábitos Alimentares”, “Lazer e Diversão”, “Sono e Repouso”, “Ocupação Principal”, “Bem Estar Pessoal”, e “Atividade Física”. Nesta avaliação, para ambos os sexos, a pontuação em todas as categorias ficou acima do ponto médio. Destaca-se o bom resultado encontrado para “Inserção social” – escore de 4,24 – “Bem Estar Pessoal” e “Atividade física” e o pior para “Hábitos alimentares” (Gráfico 5).



Fonte: PRINUTHA. - pesquisa CEPEUSP. 2006

Gráfico 5 – Auto-percepção de Qualidade de Vida – ambos os sexos

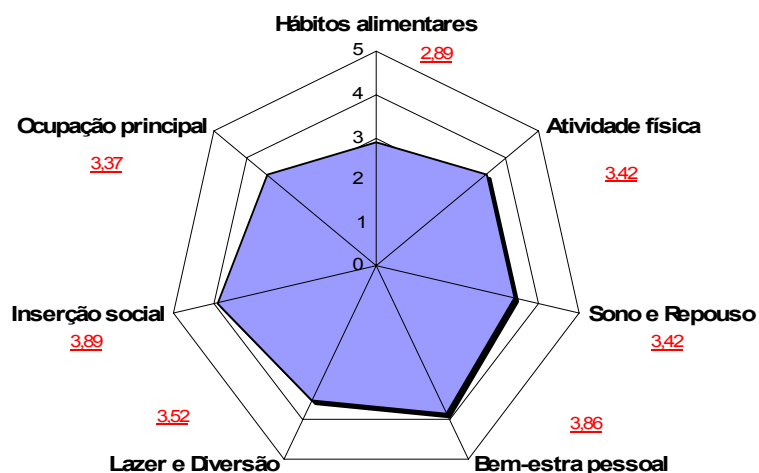
Examinando a auto-avaliação da qualidade de vida pelo grupo de idosos, cujo estado nutricional ficou dentro do intervalo de normalidade, praticamente, não se observou alteração da hierarquia das categorias, mantendo-se o pior resultado para Hábitos alimentares e o melhor para Inserção Social (Gráfico 6).



Fonte: PRINUTHA. - pesquisa CEPEUSP. 2006

Gráfico 6 – Auto-percepção de Qualidade de Vida para a condição de IMC considerada como “Peso normal” – ambos os sexos

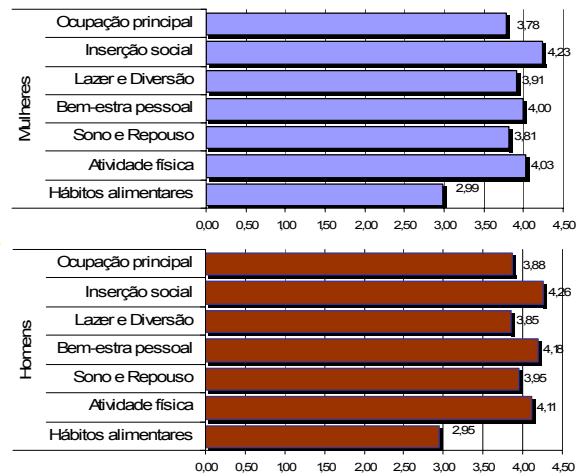
Já para o grupo agregado de idosos como “Sobrepeso” e “Obesidade”, embora a hierarquia das categorias tenha se apresentado semelhante, a pontuação de cada categoria e a média geral ficaram inferiores aos valores encontrados pelo grupo de idosos com estado nutricional normal (Gráfico 7).



Fonte: PRINUTHA. - pesquisa CEPEUSP. 2006

Gráfico 7 – Auto-percepção de Qualidade de Vida para as condições de IMC consideradas como “Sobrepeso” e “Obeso” – ambos os sexos

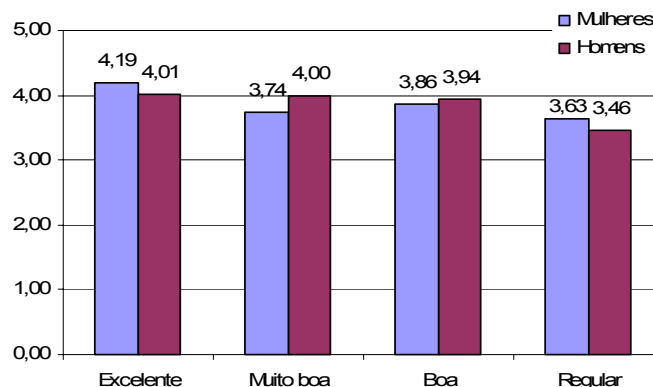
O Gráfico 8 revela grande semelhança entre as mulheres e os homens.



Fonte: PRINUTHA. - pesquisa CEPEUSP. 2006

Gráfico 8 – Auto-percepção de Qualidade de Vida – por gênero

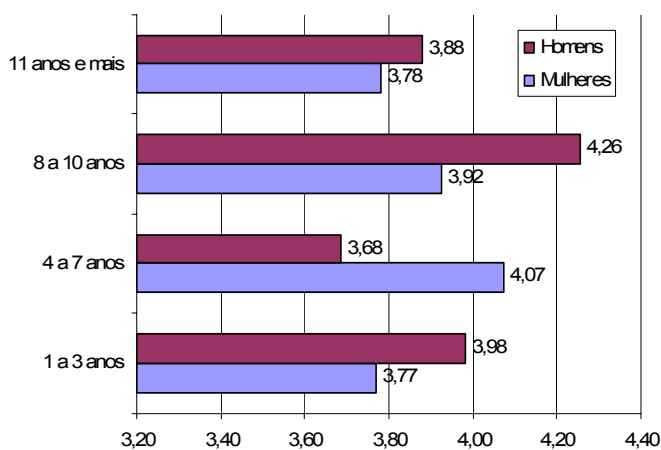
A comparação dos escores de Qualidade de Vida com a auto-avaliação de saúde mostra melhores resultados para quem considerou estar com a saúde “Excelente” e piores para quem a considerou “Regular”, com maior definição por parte das mulheres. As opções “Muito boa” e “Boa” apresentaram poucas diferenças entre si, principalmente entre os homens (Gráfico 9).



Fonte: PRINUTHA. - pesquisa CEPEUSP. 2006

Gráfico 9 – Média da pontuação da auto-percepção de Qualidade de Vida segundo auto-avaliação de Saúde – por gênero

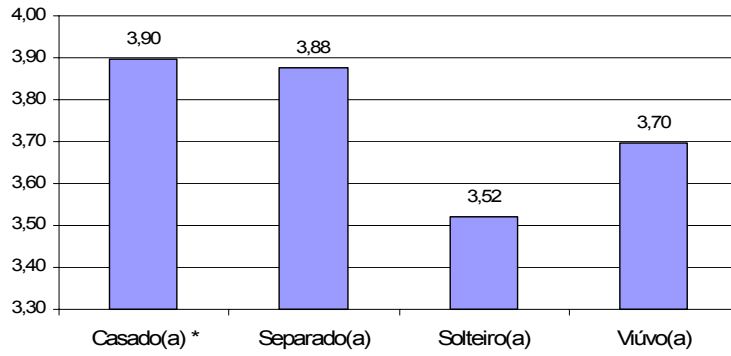
No que faz menção à escolaridade, em primeiro lugar, não se observou uma relação direta entre número de anos de estudo e percepção de qualidade de vida. Em segundo lugar, verificou-se que os homens com oito a dez anos de estudo tiveram a pontuação mais alta, enquanto isso ocorreu para as mulheres com menor escolaridade. A menor pontuação também não ocorreu para a mesma faixa de anos de estudo para ambos os sexos, para os homens com quatro a sete anos e para as mulheres com um a três anos ou com mais de 11 anos de escolaridade (Gráfico 10).



Fonte: PRINUTHA. - pesquisa CEPEUSP 2006

Gráfico 10 – Média da pontuação da auto-percepção de Qualidade de Vida segundo faixas de escolaridade – ambos os sexos

Finalmente, no que concerne à nupcialidade, foram os solteiros e as viúvas que registraram a mais baixa pontuação para a qualidade de vida (Gráfico 11). Todas as ocorrências de viuvez foram observadas entre as mulheres. Estas, consideradas as médias da amostra, apresentaram idade mais alta – 72,4 anos.



* Em Casado(a) foi incluída a única ocorrência de União consensual.

Fonte: PRINUTHA. - pesquisa CEPEUSP. 2006

Gráfico 11 – Média da pontuação da auto-percepção de Qualidade de Vida segundo Nupcialidade – ambos os sexos

6. DISCUSSÃO

Os resultados apresentados na seção anterior são agora cotejados aos de estudos disponíveis na literatura e analisados qualitativamente, a fim de se verificar semelhanças e/ou diferenças.

No que tange ao gênero, a amostra estudada segue a mesma tendência nacional e da Região Metropolitana de São Paulo – RMSP, (60,0% de mulheres, contra 40,0% dos homens), com o destaque para o fato de que as mulheres da amostra estão em proporção maior do que na população, pois, de acordo com a PNAD 2004, a proporção de idosas, em nível nacional, era de 56,0%, contra 58,2% na RMS.

Em relação à distribuição etária, para a RMSP, verificou-se uma elevada proporção do intervalo compreendido entre 60 e 64 anos, por volta de 38%, em comparação aos dados nacionais, encontrados pela PNAD 2004 (56 %). A idade média da amostra foi de 69 anos (68 para as mulheres e 70 para os homens), pouco superior àquela encontrada pelo Projeto SABE: 68 anos.

Essas características são importantes para a discussão da auto-percepção de qualidade de vida, quando associadas aos aspectos de arranjo domiciliar e de nupcialidade. Nesta pesquisa a prevalência da condição de união estável (75,0%) corrobora com maior ênfase o que foi encontrado pelo Projeto SABE (57,0%). A mesma relação foi observada no que diz respeito à proporção de homens casados: no grupo estudado, 95,7% dos homens estavam nessa condição, enquanto na população, de acordo com o Projeto SABE, era de 79,2%. Do mesmo modo, o fenômeno foi verificado para idosas viúvas. Para Lebrão (2003, p. 37), “(...) *em geral as mulheres têm uma esperança de vida maior do que os homens, que se casam mais tardiamente e têm maior facilidade de recasamento.*” Em outras palavras, “(...) *é comum, entre idosos, a predominância de casados entre homens e viúvas entre as mulheres*” (op.cit.).

Romero (2002, p. 778), com base nos dados da PNAD 1998, afirma que a variável *arranjo familiar* apresentou associação significativa entre gênero e condição de saúde do idoso. Diz, ainda, que estudos apontam para a existência da relação de “(...) *reciprocidade entre a saúde das pessoas idosas e a estrutura e conformação das relações sociais e familiares (...)*”, uma vez que determinados quadros de saúde podem levar a uma alteração na estrutura dos arranjos familiares e, de modo inverso, determinadas estruturas dos arranjos familiares podem aumentar o risco de doenças e óbito.

Outro aspecto que pode explicar determinadas condições da qualidade de vida do idoso é a circunstância de morar sozinho. Ao passar do tempo, diminuem as condições de executar as atividades diárias rotineiras e o fato de residir sozinho aumenta as dificuldades, pois não conta com auxílio de co-residentes (LEBRÃO, LAURENTI, 2005) O Projeto SABE encontrou 13,1% de idosos morando sozinhos, muito próximo ao PNAD 2004 (13,6%). Nesta pesquisa, declaram residir só 12,5% dos idosos, com prevalência para as mulheres, cerca de 11% e idade média de 73 anos.

Duarte e Lebrão (2005, p. 376) consideram que é de fundamental importância a melhor compreensão dos arranjos familiares pelo fato do que podem representar como base de auxílio com que os idosos, geralmente, contam. O que se espera, nesses casos, é que as famílias assumam o papel de propiciar ao idoso bem-estar afetivo e material, ainda que tenham de fazer adaptações e absorver as tensões decorrentes dessas situações. “*No caso dos arranjos que envolviam apenas o casal de idosos, as demandas são, geralmente, parcialmente atendidas e tendem a sobrecarregar a mulher, na maioria das vezes também idosa ou muito próxima dessa faixa etária, podendo ter seu potencial de auxílio mais limitado*”.

No aspecto escolaridade, o grupo estudado apresenta índices superiores a todas as referências encontradas em outras pesquisas de mesmo âmbito, independente de que faixa para agrupamento seja adotada. A amostra indicou preponderância para a faixa de 11 anos ou mais de estudo completos, representando 62,5% (69,6% para os homens), com média superior a 12 anos completos (13,3 anos para os homens), fato que diferencia o grupo estudado da

população de idosos em geral, que, segundo os dados da PNAD 2004, indicou apenas cinco anos para a RMS (3,5 anos para o Brasil), para a mesma faixa etária. Um estudo realizado por Bós e Bós (2004), baseado em pesquisa realizada pelo Conselho Estadual do Idoso do Rio Grande do Sul, encontrou com primário completo ou mais 19% dos indivíduos. O Projeto SABE indicou como faixa mais freqüente a que compreendia aqueles com menos de quatro anos de estudo, com 46,4% (Lebrão, 2003). Como se verá adiante, a variável escolaridade tem importante papel no que diz respeito à saúde e à qualidade de vida. Então, a amostra estudada apresenta um diferencial importante: se considerada a faixa de quatro anos completos ou mais, nota-se que ultrapassa o índice de 92%, superior, em muito, aos padrões brasileiros e paulistas.

Uma característica esperada, a partir da constatação do elevado grau de escolaridade da amostra, é o elevado nível de renda. A esse respeito, a amostra apresentou faixas salariais superiores para os indivíduos de maior escolaridade. Esse é um fator importante, pois os diferencia do restante da população idosa, pela maior possibilidade de acessar e consumir bens que podem levar a níveis superiores de qualidade de vida.

Para a faixa com 11 anos e mais completos de estudo (62,5% da amostra), foi encontrado o índice de 10,9 salários mínimos equivalentes. Segundo a PNAD 2004, apenas 10,0% da população geral da RMS atinge esse nível. Lebrão e Laurenti (2003), com base no Projeto SABE, verificaram que a renda dos idosos com algum grau de escolaridade é muito superior quando comparada à renda dos que não têm o mesmo nível. Quanto à concentração, a amostra também segue sentido inverso ao encontrado por esses autores, no Projeto SABE: o maior contingente é o que apresentam as maiores faixas de renda.

No que diz respeito à fonte da renda, nesta pesquisa, foram encontrados 47 idosos aposentados, representando 73,4% da amostra. As mulheres aposentadas aparecem em maior proporção (75,1%). Menos de 7% declararam ter renda pessoal exclusivamente de trabalho. Na PNAD 2004, para a RMS, 55,6% dos idosos estavam aposentados. Segundo Almeida (2002), tendo por base estudo referenciado na Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 1995/1996, a principal fonte

da renda dos idosos provinha de aposentadorias. Constatou, ainda, que a renda estável do idoso provocou uma elevação do poder de consumo dentro do arranjo familiar.

Camarano e El Ghaouri (2003), com base na PNAD 1988, encontrou 1/3 das famílias com idosos contribuindo com mais de 50% do orçamento familiar. Afirma, também, que a contribuição dos idosos para a renda familiar é decrescente com o aumento da idade. Tal fato é coincidente com os dados desta pesquisa: as menores faixas de renda média estão associadas aos mais idosos.

A fim de se avaliar o estado nutricional, foi usado o método do IMC, consideradas as faixas específicas propostas por Marucci e Barbosa (2003). Em qualquer circunstância, a condição de “peso normal” apresentou índices muito superiores às outras categorias (60,9%), mesmo quando comparada ao gênero, às faixas de idade, ou à escolaridade, diferentemente do que foi encontrado por outros estudos, referenciados em IMC. No Projeto Bambuí, (estudo entre 1.606 idosos, realizado em Bambuí, Minas Gerais, Brasil), Machado, Barreto, Passos *et al.* (2004) detectaram, para a faixa de normalidade, apenas 39,0% dos sujeitos estudados. No Projeto SABE, o índice de eutrofia situou-se próximo de 43% (MARUCCI, BARBOSA, 2003).

Barbosa, Souza, Lebrão *et al* (2005), em estudo no Município de São Paulo, encontraram resultados de IMC mais alto nas idosas do que nos idosos, resultado semelhante ao encontrado nesta pesquisa. A prevalência de índices mais baixos para os idosos mais velhos, também, ficou confirmada. Para aqueles que indicaram morar sozinho, as médias de IMC (27,7) e de idade (72,3) foram superiores aos da amostra.

O segundo resultado mais encontrado foi o de “abaixo do peso”, porém contrariamente ao verificado em outros estudos (BARBOSA, SOUZA, LEBRÃO *et al.*, 2005): esta condição aparece em maior proporção entre as idosas (10,9%, contra 7,8% dos idosos). Por outro lado, segundo Marucci e Barbosa (2003, p. 103), “(...) a maior prevalência de obesidade, para o sexo feminino, tem sido verificada em outros estudos populacionais realizados no Brasil”, fato não confirmado nesta

pesquisa. Os idosos apresentaram IMC médio, pouco superior ao das idosas (variação de 0,5%).

Para questão de auto-avaliação da saúde, entre as alternativas propostas (excelente, muito boa, boa, regular, má), de certa forma, a prevalência da opção “Boa” (48,4%) pode ser considerada surpreendente: dada às características achadas para o grupo pesquisado, a surpresa está em, por exemplo, entre as mulheres, a soma de “Excelente” e “Muito boa”, com 34,1%, ficar abaixo da opção “Boa”, com 53,7%, a qual é considerada uma posição apenas mediana, segundo a escala proposta. Efeito semelhante foi encontrado no grupo dos homens, embora a mesma soma supere, por pouco (isto é, 4,4%), a opção “Boa”.

Ainda assim, quando comparado com os resultados do Projeto SABE, com as mesmas opções, os percentuais são mais favoráveis. 85,9% dos idosos do CEPEUSP avaliaram sua saúde como “Excelente”, “Muito boa” ou “Boa”, contra 46,2% dos idosos pesquisados pelo Projeto SABE (LEBRÃO, LAURENTI, 2005). Da mesma forma, o conjunto “Regular” ou “Má” foi mencionado por 53,8%, ao passo que no Projeto SABE esta condição foi relatada por 14,1% dos idosos. Como registro, nenhum dos idosos do CEPEUSP escolheu a opção “Má”. Lebrão e Laurenti (2005, p. 131) dizem, ainda, que “(...) esses números, no entanto, variam de acordo com o sexo e a idade do entrevistado (...)”, efeito pouco evidenciado aqui.

Analisando os dados da PNAD Saúde 2003, Camarano (2001) revela que, aproximadamente, 83% dos idosos consideraram os seus estados de saúde como “Regular” e “Bom”, percentual bem superior quando comparado com as respostas equivalentes¹² às dos idosos desta pesquisa. Ainda de acordo com esse autor, a avaliação das mulheres ficou ligeiramente inferior aos homens, resultado semelhante ao aqui encontrado.

Na comparação da situação atual da saúde com a de um ano atrás, foram encontrados resultados conservadores: 65,9% das mulheres e 78,3% dos homens consideraram que estão com a saúde igual. Comparada com a resposta sobre auto-

¹² As alternativas oferecidas pela PNAD Saúde 2003 foram: muito bom, bom, regular, ruim, muito ruim.

avaliação de saúde, isso significa que há um ano a saúde era, apenas, “Boa”, o que não mantém correspondência com a avaliação geral que se faz do grupo pesquisado. Quando comparam a sua situação de saúde com a de outras pessoas, de mesma idade, demonstram mais otimismo, e consideram que estão melhores (64,1%).

Ressalta-se, ainda, que as mulheres apresentaram índices superiores aos homens: cerca de 68% delas acreditam ter saúde melhor do que a de seus pares, enquanto que, para os homens, esse índice foi de 58,5%. Consideram como “Igual” 29,3% das mulheres e 43,5% dos homens.

É interessante o resultado encontrado por Silva (2002). Em estudo realizado em Goiânia-GO, envolvendo idosos praticantes habituais de atividades físicas, foi observado comportamento semelhante para as questões de auto-avaliação de comparação com pares. Quando os idosos comparam o estado atual de saúde com a situação de cinco anos antes, 84% consideraram “Igual” ou “Pior”. Porém, quando compararam com os seus pares, 85,5% disseram que percebem que estão “Igual” ou “Melhor”. Independente dos percentuais apurados, a imagem é igual à encontrada nesta pesquisa.

A relação entre renda e auto-avaliação apresentou uma tendência positiva para rendas familiares mais elevadas, como foi relatado por Lima-Costa, Barreto, Giatti *et al.* (2003, p. 750), em trabalho sobre a PNAD 1998: “(...) os idosos com menor renda domiciliar, em comparação aos demais, com mais frequência perceberam a sua saúde como pior (...)”. Nesta mesma pesquisa, concluíram que “assim, os resultados do presente trabalho (...) mostram que os idosos mais pobres têm pior qualidade de vida relacionada à saúde”. (ibidem, p. 752).

Procuraram assistência médica 81,3% dos idosos, com índices muito próximos entre homens e mulheres. Cesar e Paschoal (2003) relatam que, entre os idosos pesquisados pelo Projeto SABE, 77% procuraram por serviço de saúde nos quatro meses anteriores. Nesta pesquisa, quem mais procurou (58%) tinha 11 anos completos ou mais de escolaridade. As mulheres superaram os homens, com 63,5% delas tendo procurado assistência médica nos seis meses anteriores. O principal

motivo para a procura foram causas caracterizadas como “rotina”, (50,8%), seguido por “hipertensão/colesterol”, com 6,8%.

Foram identificados 82,3% de idosos usuários de medicamentos de uso contínuo, e os homens apresentaram uma proporção bem superior (95,2%, contra 76,7% das mulheres). A faixa de idade com maior frequência foi a de “65 a 69 anos”, cerca de 30% do total da amostra. Nesta faixa as mulheres representam mais de 22% daqueles que informaram consumir medicamento de uso contínuo. Lebrão e Laurenti (2005), baseados no Projeto SABE, encontraram 86,7% de idosos usuários de medicamentos, percentual semelhante ao desta pesquisa.

Rozenfeld (2003), em uma revisão da literatura sobre uso de medicamentos por idosos, encontrou referências que indicam que a proporção de idosos que não usa qualquer tipo de medicação pode variar entre 4% e 20%. Isso coloca o índice desta pesquisa dentro dos limites citados. Ainda no mesmo estudo, encontrou referências sobre o uso crescente com o aumento da idade, tendência, também, encontrada nesta pesquisa.

O presente estudo também pesquisou os hábitos tabagistas dos idosos e os resultados indicaram cerca de 97% de não-fumantes. Entre os que disseram já ter fumado habitualmente, 2/3 são homens (70,3%), que possuíam, na média, estado nutricional normal IMC (25,6) e idade média (70,2 anos) superior ao do grupo todo, bem como escolaridade acima da média (13,3 anos). MONTEIRO (2001) realizou pesquisa com mulheres frequentadoras do SESC-Florianópolis e encontrou as seguintes características: nenhuma delas fumava habitualmente; IMC de 24,5; idade na faixa de 68 a 70,9 anos; todas faziam algum tipo de atividade física regular.

Em torno de 93% dos idosos frequentam o CEPEUSP em período superior a um ano; um terço pratica apenas uma atividade e quase 70% têm como objetivo principal aulas regulares, e são os que apresentam os menores IMC médio (24,9 para as mulheres e 25,1 para os homens).

Aqueles que indicaram “Atividades isoladas” são os que apresentam maiores médias de IMC: 27,2 para as mulheres e 29,2 para os homens, próximos ou

acima da faixa de normalidade. Aqueles que declaram que o freqüentam tanto para aulas como para outras atividades são os que apresentam idade média mais alta (70,5), a maior escolaridade (13,7), além de estado nutricional normal.

Monteiro (2001, p. 55), conclui que “(...) a *satisfação de vida está diretamente relacionada à atividade física (...)*”. Nahas (2003) afirma que as atividades físicas, tratadas como meio para se atingir boas condições físicas – aptidão física –, têm sido associadas ao quadro de bem estar, à qualidade de vida e bom estado de saúde. Ressalta, ainda, que tais efeitos ocorrem em todas as idades, mas, especialmente, na meia idade e na velhice, períodos em que são maiores os riscos de agravos à saúde, que costumam levar à diminuição da capacidade motora, da atividade útil e morte precoce.

No conjunto de dados levantados com o questionário sobre qualidade de vida, obteve-se o perfil do conjunto de idosos participantes desta pesquisa. Os diversos cruzamentos realizados, entre as variáveis escolhidas e apresentados nos resultados, mostraram uma tendência de repetição do perfil geral, para diversas alternativas experimentadas, e resultados superiores quando comparados a outros estudos que envolveram idosos.

Durante a comparação com outros estudos, sobre a qualidade de vida dos idosos, algumas observações relevantes foram encontradas. Dalla Vecchia, Ruiz, Bocchi *et al.* (2005) realizaram uma investigação com 365 idosos, objetivando descobrir a compreensão deles para o conceito “qualidade de vida”. Em um elenco de opções, a primeira escolha (49%) foi “Relacionamentos interpessoais”. No presente estudo, o indicador correspondente, “Inserção social”, também foi altamente valorizado pelos idosos (4,25), tanto no geral como para os gêneros.

Santos, Santos, Fernandes *et al.* (2002), em um estudo com 128 idosos da cidade de João Pessoa, encontram “satisfação: fazer amizades” como a principal resposta, para um conjunto de opções que incluía, entre outras, bem-estar físico e material, trabalho, saúde, desenvolvimento pessoal. Da mesma forma daqueles estudos, os resultado daqui fornecem indicações sobre a importância que o idoso dá para aspectos afetivos e emocionais.

A comparação entre qualidade de vida e auto-percepção de saúde apresentou repostas coerentes, sem maiores surpresas: quem considerou ter saúde “Excelente” atingiu melhores índices de qualidade de vida. Subseqüentemente, para quem se avaliou como “Regular”, os menores índices foram atingidos; e, aquele que indicou “Bom” (esta resposta obteve a maior freqüência) ficou em um ponto intermediário. Dos que consideraram “Excelente”, 80% eram casados, apresentaram índice elevado de qualidade de vida, idade e renda mais elevadas do que a média, retomando, de certa forma, o que foi discutido, anteriormente, sobre arranjos familiares.

Por fim, a renda pode não ter exclusividade para explicar diferenças na percepção do estado da saúde e da qualidade de vida. Num estudo em 505 domicílios, no Rio de Janeiro, com renda entre um e três salários-mínimos, muito inferior à média do grupo desta pesquisa, Sabóia (2004) encontrou 328 idosos e deles obteve a informação de que a saúde era média (46,2%) ou boa (30,9%). Parcela pouco expressiva declarou ser a saúde muito boa (2,3%) ou muito ruim (3,8%). Considerando o grupo familiar, não somente os idosos, mas eles incluídos, a maioria classificou como “satisfatória” (45,2%), ou “muito satisfatória” (16,8%) a qualidade de vida do domicílio.

7. CONCLUSÃO

Por meio deste estudo, como já mencionado, objetivou-se delimitar o perfil sócio-econômico e nutricional de um grupo de idosos que freqüentam o centro de práticas esportivas da USP (CEPEUSP). Além disso, houve também a preocupação de traçar as suas percepções de saúde e de qualidade de vida.

De modo geral, é possível afirmar que há muita coincidência dos resultados aqui arrolados com aqueles apresentados em outras pesquisas. Como ilustração, pode-se citar o *gênero* dos entrevistados, que, conforme uma tendência nacional, apresenta supremacia feminina, em torno de 60%.

Com relação às diferenças encontradas, cabe destaque:

- a) À média etária mais elevada dos entrevistados. A faixa que se destaca, contrariando a média nacional de 31,4% para 60-64 anos, é a de 65 a 69, que perfaz 37,5% dos idosos;
- b) Ao índice superior (ao nacional e estadual) de escolaridade, que desempenha papel crucial para uma avaliação positiva em relação à saúde e à qualidade de vida, como mostra o cruzamento desses dados: acreditam gozar de melhor saúde, bem como altos índices em qualidade de vida aqueles que declaram ter mais anos de estudo (31,3%%, com mais de 8 anos);
- c) Ao nível de renda elevada, que é preponderante na amostra estudada. Tal nível tem relação direta com a escolaridade: quanto mais estudado é o idoso, maior é a sua renda;
- d) Ao índice de massa corpórea (IMC) dos envolvidos neste estudo, que tem como destaque (perfazendo 60,9%) “o peso normal”. Ainda, não se confirmam que a obesidade prevalece entre as mulheres e que estar abaixo do peso é um resultado mais incomum;

- e) Aos percentuais mais favoráveis à percepção da saúde (85,9% no total, para as alternativas *excelente*, *muito boa* e *boa*), contudo o realce dado (48,4% para a opção *boa*) a uma avaliação considerada mediana por esta pesquisa carece de estudos mais detalhados a fim de se determinar a causa;
- f) À não-correlação entre avaliação da saúde e gênero, como atestam existir alguns autores (cf. Lebrão e Laurenti, 2005).

Aqui, convém retomar um dado explanado anteriormente, a fim de que novas pesquisas surjam com o intuito de determinar, mesmo que para certo grupo, a validade dessa informação: a associação entre qualidade de vida/saúde/maior renda parece ser inquestionável, até mesmo natural. Todavia, o estudo de Sabóia (2004) tenta pôr em discussão este “mito”, ao apresentar idosos que declararam ter uma saúde considerada mediana ou boa (totalizando 77,1%) e uma qualidade de vida satisfatória ou muito satisfatória (62%), com renda entre um a três salários mínimos.

Nesta pesquisa, contudo, não se puderam ratificar os resultados de Sabóia; ao contrário, os dados colhidos apontam para uma total correlação entre o trinômio já citado. Entende-se com isso que, até o presente momento, não há meios para se fazer uma generalização sobre o grau de entrelaçamento desses três fatores.

É importante, ainda, que se atente para a forte presença dos sinais que os idosos dão para saúde não exclusivamente física: independentemente dos cruzamentos entre variáveis, na avaliação da qualidade e vida as dimensões “Bem-estar pessoal” e “Inserção social”, sempre apareceram com pontuação elevada. Esses resultados estão nos outros estudos analisados, o que e leva à reflexão de que, mais do que saúde física e renda, aspectos afetivos têm um espaço significativo na definição de qualidade de vida dos idosos.

Quanto ao arranjo familiar, os dados obtidos com os idosos desta pesquisa, indicaram um papel importante no mesmo sentido que a literatura sobre o tema já vem indicando.

O tema feminilização da população idosa, discutida em muitas das referências e também presente nos resultados desse estudo, é outro ponto que exige atenção especial, face ao elevado número de viúvas já existentes, e que surgirão, muitas vivendo sós e diante das barreiras sociais e dificuldades econômicas.

Cabe ressaltar que, no campo da legislação ocorreram avanços para ações de assistência, proteção e reconhecimento dos idosos. O “Estatuto do Idoso” teve um papel notável em provocar a atenção da sociedade para o tema, ainda que sua maior parte tenha, apenas, reforçado os direitos de cidadania, inerentes a qualquer cidadão. Além disso, a Portaria 1395, de 10 de dezembro de 1999, do Ministério da Saúde, estabeleceu princípios importantes para os idosos, no campo da saúde, envolvendo assistência saúde, reabilitação e manutenção da capacidade funcional, capacitação de pessoal envolvido com o atendimento aos idosos, etc.

Este estudo tem como pressuposto que idosos com atitudes pró-saúde, como a participação em programas de atividade física, constituem-se em um grupo diferenciado, quando comparados aos de mesma faixa etária e tipificados, preponderantemente, como sedentários.

Sem ter a pretensão de ser um estudo que responda à exaustão todas as indagações sobre o idoso (especialmente no tocante à qualidade de vida e ao estado nutricional), espera-se que as observações aqui percorridas possam contribuir para futuros trabalhos que envolvam essa crescente faixa da população.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACUÑA, Kátia; CRUZ, Thomaz. **Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira**. Arq. Brasileiros Endocrinologia e Metabologia, jun 2004, vol. 48, no.3, p. 345-361.

ALMEIDA, Alexandre Nunes. **Determinantes do consumo de famílias com e sem idosos com base na pesquisa de orçamentos familiares 1995/96**. Dissertação (Mestrado em Economia Aplicada). Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, Universidade de São Paulo. Piracicaba, 2002.

ALVES, Luciana Correia. **Determinantes da autopercepção de saúde dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000**. Dissertação (Mestrado). Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2004.

ARBER, Sara; GINN, Jay. **Gender and inequalities in health in later life**. Social Science and Medicine. 1993, no. 36, p. 33-46.

BARBOSA, Aline Rodrigues; SOUZA, José Maria. P.; LEBRÃO, Maria Lúcia *et al.* **Antropometria em idosos no Município de São Paulo, Brasil**. Cadernos Saúde Pública, nov./dez. 2005, vol. 21, no. 6, p.1929-1938.

BARRETO, Sérgio Augusto Jábali; CYRILLO, Denise Cavallini. **Análise da composição dos gastos com alimentação no Município de São Paulo (Brasil) na década de 1990**. Revista Saúde Pública, fev. 2001, vol. 35, no.1, p. 52-59.

BÓS, Antônio M. G.; BÓS, Ângelo J. G. **Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos**. Revista Saúde Pública, fev. 2004, vol. 38, no.1, p. 113-120.

CABRERA, Marcos Aparecido Sarria; JACOB FILHO, Wilson. **Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e comorbidades**. Arq. Brasileiros Endocrinologia e Metabologia, out. 2001, vol. 45, no.5, p. 494-501.

CAMARANO, Ana Amélia. **Envelhecimento da população brasileira uma contribuição demográfica**. Texto para Discussão 853. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.

CAMARANO, Ana Amélia. **Envelhecimento da população brasileira: problema para quem?** Rio de Janeiro, 2001, mimeo. Disponível em: http://www.sei.ba.gov.br/publicacoes/publicacoes_sei. Acesso em: 11 mai. 2006.

CAMARANO, Ana Amélia; EL GHAOURI, Solange Kanso. **Famílias com idosos: ninhos vazios?** Texto para Discussão nº 950. Rio de Janeiro: IPEA, 2003.

CAMARANO, Ana Amélia; EL GHAOURI, Solange Kanso. **Idosos brasileiros: que dependência é essa?** Em CAMARANO (org). Muito Além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro, IPEA, 1999.

CAMPINO, Antonio Carlos Coelho; CYRILLO, Denise Cavallini. **Situação de ocupação e renda.** In: SABE, o projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Maria Lúcia Lebrão; Yeda A. de Oliveira Duarte (org). Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003, 255p.

CAMPOS, Maria Teresa F. de Sousa; MONTEIRO, Josefina B. Resende; ORNELAS, Ana Paula R. de Castro. **Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso.** Revista de Nutrição, set./dez. 2000, vol. 13, no.3, p. 157-165.

CERVATO, Ana Maria; DERNTL, Alice Moreira; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira *et al.* **Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade.** Revista de Nutrição, jan./fev. 2005, vol. 18, no.1, p. 41-52.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro A. Trujillo. **Metodologia científica.** 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 1983. 249p.

CESAR, Chester Luís Galvão; PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. **Uso dos serviços de saúde.** In: Maria Lúcia Lebrão; Yeda A. de Oliveira Duarte (org). O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: OPAS/MS; 2003. p. 227-237.

CHAIMOWICZ, Flávio. **A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas.** Revista Saúde Pública, abr. 1997, vol. 31, no.2, p. 184-200.

CHAIMOWICZ, Flávio; GRECO, Dirceu Bartolomeu. **Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil.** Revista Saúde Pública, out. 1999, vol. 33, no.5, p. 454-460.

COITINHO, Denise Costa; LEÃO, Marília Mendonça; RECINE, Elisabetta; SICHIERI, Rosely. **Condições Nutricionais da População Brasileira: Adultos e Idosos.** Brasília: INAN, 1991.

CONSTANTINO, Maria Aparecida Cruz. **Qualidade de Vida: construção e validação de um instrumento, com indicadores de bem-estar, no Projeto PRINUTHA à comunidade USP.** Qualificação da Tese (Doutorado em Nutrição Humana Aplicada). PRONUT, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

COSTA, Manoel A. **Mobilidade Urbana e Rural entre Classes de Renda no Brasil** Texto para Discussão nº 180. Rio de Janeiro: IPEA, 1986.

DA CRUZ, Ivana Beatrice Mânica; ALMEIDA, Marília Siqueira Campos; SCHWANKE, Carla Helena Augustin *et al.* **Prevalência de obesidade em idosos longevos e sua associação com fatores de risco e morbidades cardiovasculares**. Revista Assoc. Médica Brasileira, abr./jan. 2004, vol. 50, no.2, p. 172-177.

DALLA VECCHIA, Roberta; RUIZ, Tania, BOCCHI; Silvia Cristina Mangini *et al.* **Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo**. Revista Brasileira de Epidemiologia, set. 2005, vol.8, no.3, p. 246-252.

DREWNOWSKI, Adam; POPKIN, Barry. **The Nutrition Transition: New Trends in the Global Diet**. Nutrition Reviews, 1997, no. 55, p. 31-43.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. **O processo de envelhecimento e a assistência ao idoso**. Manual de Enfermagem. Disponível. IDS - Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. 2001. Disponível em: <http://www.ids-saude.org.br/enfermagem>. Acesso em: 15 jul. 2005.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; LEBRÃO, Maria Lúcia; LIMA, Fernão Dias. **Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil**. Revista Panamericana de Salud Pública, 2005, 17(5/6), p. 370-8.

FLECK, Marcelo P. de Almeida; LOUZADA, Sérgio; XAVIER, Marta *et al.* **Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100)**. Revista Saúde Pública, abr. 2000, vol. 34, no.2, p.178-183.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida; CHACHAMOVICH, Eduardo; TRENTINI, Clarissa Marcell. **Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil**. Revista Saúde Pública, dez. 2003, vol. 37, no.6, p. 793-799.

GIATTI, Luana; BARRETO, Sandhi Maria. **Trabalho feminino e saúde na terceira idade**. Ciência e Saúde Coletiva, 2002, vol. 7, no.4, p.825-839.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1991. 159p.

GOMES, Christianne Luce; GOMES, Gisele de Cássia. **Reconhecendo o Projeto Educação Física para a terceira idade: construindo novas trajetórias**. In: 7º Encontro de Extensão da Universidade Federal de Minas Gerais 2004. Belo Horizonte – Anais... UFMG

GORDILHO, Adriano; SÉRGIO, João; SILVESTRE, Jorge, *et al.* **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso.** Rio de Janeiro: UnATI, 2000. 92p.

GOULART, Fátima R. de Paula, BARBOSA, C. M., SILVA, C. M. *et al.* **O impacto de um programa de atividade física na qualidade de vida de pacientes com doença de Parkinson.** Revista Brasileira de Fisioterapia, 2005, vol. 9, no. 1 p. 49-55.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico de 2000 - Revisão 2004.** Rio de Janeiro: 2004.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD.** Suplemento Saúde. Rio de Janeiro: 1998.

LEBRÃO, Maria Lúcia. **O projeto SABE em São Paulo: uma visão panorâmica.** In: SABE, o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Maria Lúcia Lebrão; Yeda A. de Oliveira Duarte (org). Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003, 255p.

LEBRÃO, Maria Lúcia; LAURENTI, Ruy. **Condições de saúde.** In: SABE, o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Maria Lúcia Lebrão; Yeda A. de Oliveira Duarte (org). Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003, 255p.

LEBRÃO, Maria Lúcia; LAURENTI, Ruy. **Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE. no Município de São Paulo.** Revista Brasileira de Epidemiologia, jun. 2005, vol. 8, no.2, p.127-141.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandh Maria; GIATTI, Luana *et al.* **Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.** Cadernos Saúde Pública, jun. 2003, vol. 19, no.3, p. 745-757.

MACHADO, Gustavo Pinto da Matta; BARRETO, Sandhi Maria; PASSOS, Valéria Maria de Azeredo *et al.* **Projeto Bambuí: prevalência de sintomas articulares crônicos em idosos.** Revista Assoc. Médica Brasileira, out./dez. 2004, vol. 50, no.4, p.367-372.

MARUCCI, Maria de Fátima Nunes; BARBOSA, Aline Rodrigues. **Estado nutricional e capacidade física.** In: SABE, o projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Maria Lúcia Lebrão; Yeda A. de Oliveira Duarte (org). Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003, 255p.

MEDICI, André Cezar; BELTRÃO, Kaizô Iwakami. **Transição demográfica no Brasil: uma agenda para pesquisa.** In: IV Conferencia Latinoamericana de Población 1993. Cidade do México – Anais... México.

MENEZES, Eduardo Frigoletto de. **O crescimento da população brasileira.** Disponível em: <http://www.friigoletto.com.br/GeoPop/ocrescim.htm>. Acessado em: 20 jun 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.** Ciência e Saúde Coletiva, 2000, vol. 5, no.1, p. 7-18.

MONDINI, Lenise; MONTEIRO, Carlos Augusto. **Relevância epidemiológica da desnutrição e da obesidade em distintas classes sociais: métodos de estudo e aplicação à população brasileira.** Revista Brasileira de Epidemiologia, abr. 1998, vol. 1, no.1, p.28-39.

MONTEIRO, Carlos Augusto (org). **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças.** Hucitec/NUPENS – USP. São Paulo: 2000.

MONTEIRO, Carlos Augusto. **The epidemiologic transition in Brasil.** In: **Pena M, Bacallao J. Obesity among the poor: an emerging problem in Latin America and Caribbean.** New York: Pan American Health Organization 2000; no. 576, p. 3-76.

MONTEIRO, Carlos Augusto; CONDE, Wolney Lisboa. **A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais no nordeste e sudeste do Brasil, 1975-1989-1997.** Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, São Paulo, v. 43, no.3, p. 186-194, 1999.

MONTEIRO, Carlos Augusto; CONDE, Wolney Lisboa; POPKIN, Barry. M. **Independent Effects of Income and Education on the Risk of Obesity in the Brazilian Adult Population.** Journal of Nutrition, 2001, v. 131, p. 881S-886S.

MONTEIRO, Carlos Augusto; SOUZA, Ana Lúcia Medeiros; MONDINI, Lenise. **Evolução da desnutrição entre adultos.** In: Monteiro C. A., 2.ed. aum. Velhos e novos males da saúde no Brasil: A evolução do país e de suas doenças. São Paulo: HUCITEC/ NUPENS-USP, 2000. 435p.

MONTEIRO, Cristiane Schüler. **A influência da nutrição, da atividade física e do bem-estar em idosos.** Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2001.

MOSEGUI, Gabriela Bittencourt Gonzalez; ROZENFELD, Suely; VERAS, Renato Peixoto *et al.* **Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos.** Revista Saúde Pública, out. 1999, vol. 33 no.5, p. 437-444.

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

NAHAS, Markus V. **Obesidade, controle de peso e atividade física**. Londrina: Midiograf, 1999.

NAJAS, Myrian Spinola; ANDREAZZA, Rosemarie; SOUZA, Ana Lucia Medeiros de *et al.* **Padrão alimentar de idosos de diferentes estratos socioeconômicos residentes em localidade urbana da região sudeste, Brasil**. Revista Saúde Pública, jun. 1994, vol. 28, no.3, p. 187-191.

NERI, Anita Liberalesso. **Qualidade de vida na velhice**. In: Maly Delitti (Org.), Sobre comportamento e cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental. Campinas: Arbytes, 1997. p. 34-40.

NÓBREGA, Antonio Claudio Lucas da; FREITAS, E. V.; OLIVEIRA, Marcos Aurélio Brazão de *et al.* **Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: Atividade Física e Saúde no Idoso**. Rev. Brasileira de Medicina do Esporte 1999, no. 5, p. 207-11.

OLIVEIRA, Ricardo Jacó de. **Atividade física e doença cerebrovascular**. Revista Brasileira. Ciência e Movimento, jul. 2001, vol. 9 p. 65-78.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.

OTERO, Ubirani Barros; ROZENFELD, Suely; GADELHA, Angela Maria Jourdan *et al.* **Mortalidade por desnutrição em idosos, região Sudeste do Brasil, 1980-1997**. Revista Saúde Pública, abr. 2002, vol. 36, no.2, p. 141-148.

PALMA, Alexandre. **Atividade física, processo saúde-doença e condições sócio-econômicas: uma revisão de literatura**. Revista Paulista de Educação Física, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 97-106, 2000.

PASCHOAL, Sérgio Marcio Pacheco. **Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico**. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

PASCHOAL, Sérgio Marcio Pacheco. **Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião**. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.

RAMOS, Luiz Roberto; VERAS, Renato Peixoto; KALACHE, Alexandre. **Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira**. Revista Saúde Pública, jun. 1987, vol. 21, no. 3, p.211-224.

ROCHA, Danielle M. **Uma velha receita: o que dieta e exercício podem fazer contra a doença de Alzheimer**. Revista Ciências e Cognição, nov. 2005, ano 02, vol. 6, p. 145-147.

ROMERO, Dalia E. **Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros**. Ciência e Saúde Coletiva, 2002, vol.7, no. 4, p.777.

ROZENFELD, Suely. **Reações Adversas aos Medicamentos em Mulheres da Terceira Idade as Quedas como Iatrogenia Farmacoterapêutica**. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1997.

RUDIO, Franz Victor. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 28.ed. Petrópolis: Vozes, 2000. 144p.

SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento). **O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Maria Lúcia Lebrão; Yeda A. de Oliveira. Duarte (org.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003, 255p.

SABOIA, João Luiz Maurity. **Benefícios Não-Contributivos e Combate à Pobreza de Idosos no Brasil**. In: Ana Amélia Camarano.. (Org.). Os Novos Idosos Brasileiros - Muito Além dos 60?. 1 ed. Rio de Janeiro: IPEA, 2004, v. , p. 353-410

SANTOS, Sérgio Ribeiro dos; SANTOS, Iolanda Beserra da Costa; FERNANDES, Maria das Graças M. *et al.* **Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan**. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto-SP, 2002, v. 10, n.6, p. 757-764.

SARTORELLI, Daniela Saes; FRANCO, Laércio Joel. **Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional**. Caderno Saúde Pública, 2003, vol. 19 supl. 1, p. 29-36.

SAYD, Jane Dutra; FIGUEIREDO, Marcelo Cardoso; VAENA, Michel Luciano H. Toledano. **Automedicação na população idosa do núcleo de atenção ao idoso da Unati/Uerj**. In: Renato Peixoto Veras. (Org.). Velhice numa perspectiva de futuro saudável. Rio de Janeiro, 2001, vol. 1, p. 115-135.

SEADE - FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/anuario/2003/index.php>. Acessado em: 19/10/2005.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON Célia Maria Lana da Costa. **Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos**. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2004.v. 20, n.2, p. 580-588.

SILVA, Andrea Cintia da. **Atividade física habitual e saúde multidimensional de idosos na cidade de Goiânia – GO**. Dissertação (Mestrado em Educação Física). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

SILVA, Eulália Maria Martins da; SILVA FILHO, Cícero Eleutério da; FAJARDO, Renato Salviato *et al.* **Mudanças fisiológicas e psicológicas na velhice relevantes no tratamento odontológico**. Revista Clínica em Extensão, 2005, vol. 2 no.1, p. 62-74

SIQUEIRA, Renata Lopes; BOTELHO, Maria Izabel Vieira; COELHO, France Maria Gontijo. **A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais**. Ciência e Saúde Coletiva, 2002, vol. 7, no.4, p. 899-906.

TONIAL, Sueli Rosina. **Os desafios da atenção nutricional diante de sua complexidade no Brasil**. Ciência e Saúde Coletiva, 2002, vol. 7, no.2, p. 227-234.

VERAS, Renato Peixoto. **Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos**. Cadernos Saúde Pública, mai./jun. 2003, vol. 19, no.3, p. 705-715.

VERAS, Renato Peixoto. **Envelhecimento populacional do Brasil: mudanças demográficas e desafios epidemiológicos**. Revista Saúde Pública, dez. 1991, vol. 25, no.6, p. 476-488.

VERAS, Renato Peixoto. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumara/UFRJ, 1994.

VERAS, Renato Peixoto; CALDAS, Célia Pereira. **Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade**. Ciência e Saúde Coletiva, abr./jun. 2004, vol. 9, no.2, p. 423-432.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION - FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION (WHO/FAO). **Diet, nutrition and prevention of Chronic Disease**. WHO Technical Report Series. Geneva, 2003, 149p.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Active ageing: a policy framework**. Geneva: World Health Organization, 2002, 60p.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization**. Disponível em: <http://w3.who.org/EN/Section1243/Section1310/>
Acessado em: 20/10/2005.

ANEXO A - Parecer do comitê de ética

**PRINUTHA –2004
PROJETO INTEGRADO DE NUTRIÇÃO HUMANA APLICADA
FCF/FEA/FSP - USP**

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____,
portador do RG _____, de _____ anos de idade, aceito
participar do “PRINUTHA 2004 – Projeto Integrado de Nutrição Humana Aplicada”.

Estou ciente de que projeto tem por objetivo estudar os determinantes socioeconômicos, demográficos do estado nutricional, de saúde e de qualidade de vida das pessoas em geral, comprometendo-se a manter o sigilo das informações. Estou informado de que o Projeto solicita o preenchimento de um questionário sobre meus dados socioeconômicos, antropométricos, de qualidade de vida, hábitos alimentares e aspectos de saúde e que posso, a qualquer momento, desistir de continuar a participar. Assim, autorizo a utilização das informações originadas deste levantamento para fins didáticos e de divulgação em revistas científicas brasileiras ou estrangeiras.

Desta forma, concordo voluntariamente e dou meu total consentimento, sem ter sido submetido a qualquer tipo de pressão ou coação.

Assinatura do participante

e-mail: _____

São Paulo, ____/____/____

Favor devolver,
Obrigado.

ANEXO B - Instrumento de coleta de dados

PRONUT - FCF/FEA/FSP - USP PROJETO INTEGRADO EM NUTRIÇÃO HUMANA APLICADA PRINUTHA 2006

Esta pesquisa foi elaborada por pesquisadores da FEA / USP, que tratam do assunto "Nutrição, Saúde e Qualidade de Vida".

Assim que a pesquisa estiver concluída, o resultado geral ficará disponível aos interessados. As opiniões aqui coletadas serão tabuladas e tratadas com toda confidencialidade.

Participou dos eventos CARTÃO VERMELHO anteriores?	2004		2005		Não	
--	------	--	------	--	-----	--

1) Dados Pessoais

¹ Nome															
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

² RG																	³ N° USP										
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

⁴ E-mail											⁵ Fem		⁶ Masc	
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------	--	-------------------	--

⁶ Data nascimento						⁷ Cidade nascimento						⁸ Estado nascimento			
------------------------------	--	--	--	--	--	--------------------------------	--	--	--	--	--	--------------------------------	--	--	--

⁹ Raça		¹⁰ Estado Civil		¹¹ Quantos anos você estudou em:		
¹ Branco		¹ Casado(a)		¹ 1º Grau	¹ Primário/Fundamental	anos
² Negro		² Separado(a)		² 2º Grau (Científico, ou Clássico, ou Normal)	² Ginásio	anos
³ Amarelo		³ Divorciado(a)		⁴ Curso Técnico		anos
⁴ Indígena		⁴ Viúvo(a)		⁵ Faculdade		anos
⁵ Mestiço		⁵ Solteiro(a)		⁶ Pós-Graduação		anos
⁶ Outro		⁶ União consensual				

2. Trabalha?

¹ Sim		² Onde?										
------------------	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

³ Não		⁴ Aposentado		⁵ Estudante		⁶ Outros		⁷ Especificar					
------------------	--	-------------------------	--	------------------------	--	---------------------	--	--------------------------	--	--	--	--	--

3) Onde é a sua residência?

¹ Cidade											² Bairro					
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--

3.1 Mora sozinho?

¹ Sim		² Não		³ Com quem?										
------------------	--	------------------	--	------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3.2 Tipo de moradia

¹ Quitado		³ Alugado		⁵ Valor do aluguel (R\$)					
² Com financiamento		⁴ Cedido		⁶ Outros (especificar)					

4) Quanto a renda - favor considerar todos os recebimentos, como salário, aluguéis, bolsa de estudo, aposentadoria, pensão, auxílios, mesada, etc.

1 Pessoal		4 Familiar	
1 Até R\$ 500	<input type="checkbox"/>	1 Até R\$ 500	<input type="checkbox"/>
2 R\$ 501 a R\$ 1.000	<input type="checkbox"/>	2 R\$ 501 a R\$ 1.000	<input type="checkbox"/>
3 R\$ 1.001 a R\$ 3.000	<input type="checkbox"/>	3 R\$ 1.001 a R\$ 3.000	<input type="checkbox"/>
4 R\$ 3.001 a R\$ 5.000	<input type="checkbox"/>	4 R\$ 3.001 a R\$ 5.000	<input type="checkbox"/>
5 Acima de R\$ 5.000	<input type="checkbox"/>	5 Acima de R\$ 5.000	<input type="checkbox"/>

3 Quantas pessoas compartilham dessa renda, inclusive você.

5) Saúde

5.1 Você diria que sua saúde é:

1 Excelente 2 Muito boa 3 Boa 4 Regular 5 Má

5.2 Comparando sua saúde com a de um ano atrás, você diria que sua saúde agora é:

1 Melhor 2 Igual 3 Pior

5.3 Comparando a sua saúde com a de outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:

1 Melhor 2 Igual 3 Pior

5.4 Responda **SIM** ou **NÃO** para as seguintes perguntas:

	NÃO	SIM	
1 Utiliza os serviços SUS (Posto de Saúde)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 Utiliza o Hospital da USP – H.U.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 Tem plano de saúde privado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 Procurou o médico nos últimos seis meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 Por quê? <input type="text"/>
6 Foi hospitalizado(a) nos últimos seis meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 Por quê? <input type="text"/>

5.5 Você fuma cigarros?

1 Não

2 Sim 3 Quantos cigarros/dia? 4 Há quanto tempo?

5.6 Já fumou habitualmente (e parou)?

1 Não

2 Sim 3 Há quanto tempo parou? 4 Por quanto tempo fumou?

5.6 Tem algum problema de saúde?

1 Não 2 Sim 3 Qual?

5.7 Você usa algum medicamento de uso contínuo?

1 Não 2 Sim

5.8 Se sim, **TODOS** foram prescritos por médicos?

1 Sim 2 Não

5.9 Para que fim?

1 Diabetes	<input type="checkbox"/>	4 Hipertensão	<input type="checkbox"/>
2 Doenças coronarianas	<input type="checkbox"/>	5 Laxantes	<input type="checkbox"/>
3 Emagrecimento	<input type="checkbox"/>	6 Anticoncepcional	<input type="checkbox"/>

Outros (especificar)	7	10
	8	11
	9	12

5.10 Qual situação descreve seu hábito intestinal? (pode haver mais de uma alternativa)

¹ Apresenta dificuldade de evacuar na maioria das vezes	
² Apresenta sensação de evacuação incompleta na maioria das vezes	
³ Apresenta fezes duras ou caprinhas	
⁴ Apresenta menos de 3 evacuações por semana	
⁵ É normal / regular	
⁶ Nenhuma das alternativas	

5.11 Tem alguma restrição alimentar?

¹ Sim	<input type="checkbox"/>	² Não	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	------------------	--------------------------

5.12 Se respondeu **SIM**, qual a finalidade?

¹ Doença	
² Emagrecimento	
³ Vegetariano	
⁴ Religião	

Outras (especificar)	⁵	
	⁶	
	⁷	

6 Atividade Física

6.1 Há quanto tempo frequenta o CEPEUSP?

¹ Menos de um mês	
² Mais de um mês até seis meses	
³ Mais de seis meses até um ano	
⁴ Mais de um ano	

6.2 Com que finalidade?

¹ Aulas	
² Atividades isoladas	

6.3 Qual atividade pratica? (pode ser mais de uma)	¹	
	²	
	³	
	⁴	
	⁵	
	⁶	

7 Dados antropométricos – preencha os quadros abaixo com as informações que acabou de receber.

¹ Peso: (Em quilos, até duas casas decimais)	<input type="text"/>
--	----------------------

² Altura: (Em metros, até duas casas decimais)	<input type="text"/>
--	----------------------

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Abaixo estão listados diversos aspectos relacionados ao seu Estilo de Vida. Dê notas de **1 a 5**, considerando que a primeira resposta que vier à mente é a melhor para todas as alternativas. Considere sempre a sua opinião sobre satisfação para cada uma das afirmações, respondendo a todas as questões e, por favor, **responda a todas as questões**, tomando como referência as **4 (quatro) últimas semanas**.

1 = Nunca 2 = Raramente 3 = Algumas vezes 4 = Frequentemente 5 = Sempre

8. Hábitos Alimentares		1	2	3	4	5
1	Alimento-me lentamente, em partes pequenas, em um ambiente agradável.					
2	Resisto as influências sociais e mercadológicas para o consumo de alimentos inadequados.					
3	Como frutas e verduras variadas diariamente.					
4	Consumo alimentos gordurosos, frituras e sanduíches.					
5	Faço no mínimo 4 refeições ao dia (café da manhã, almoço, lanche e jantar), em horários regulares.					
6	Bebo bastante água. No mínimo 8 copos por dia.					
7	Consumo bebidas alcoólicas.					
8	Evito comer quando estou nervoso (a), ou ansioso (a).					

9. Atividade Física		1	2	3	4	5
1	Pratico exercícios de relaxamento e alongamento.					
2	A prática de atividade física é importante na minha vida.					
3	Minha rotina é sedentária.					
4	Faço exercício do tipo caminhada, de 2 a 3 vezes por semana, por mais de 30 minutos em cada sessão.					
5	Faço atividades físicas, do tipo moderada (as que umentam moderadamente a respiração ou batimento do coração), de 2 a 3 vezes por semana, por mais de 30 minutos em cada sessão.					
6	Faço atividades físicas, do tipo vigorosa (as que umentam muito a respiração ou batimento do coração), de 2 a 3 vezes por semana, por mais de 20 minutos em cada sessão.					
7	Reservo na semana um período para a atividade física.					
8	Faz parte do meu dia-a-dia subir escadas, andar a pé, serviços domésticos, carregar pesos leves, etc.					

10. Sono e repouso		1	2	3	4	5
1	Deito sempre na mesma hora.					
2	Acordo descansado e com energia para o dia todo.					
3	Tenho insônia.					
4	Utilizo outros recursos para dormir (chás, remédios, etc.).					
5	Estou satisfeito com meu sono.					
6	Ter algum problema com o sono me preocupa.					
7	Tenho no mínimo de 6 a 8 horas de sono por noite.					
8	Tenho dificuldade para dormir (com o sono).					

1 = Nunca 2 = Raramente 3 = Algumas vezes 4 = Frequentemente 5 = Sempre

11. Bem-estar pessoal		1	2	3	4	5
1	Acho que minha vida tem sentido					
2	Aceito minha aparência física.					
3	Tenho energia suficiente para o meu dia a dia.					
4	Tenho satisfação com minha vida sentimental.					
5	Estou satisfeito (a) com a minha vida sexual.					
6	Tenho sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão.					
7	Experimento sentimentos positivos em minha vida.					
8	Estou satisfeito (a) comigo mesmo.					

12. Lazer e Diversão		1	2	3	4	5
1	Lazer me traz prazer e bem-estar.					
2	Reservo tempo para lazer e diversão.					
3	Cultivo um <i>hobby</i> entre as minhas atividades semanais (música, pintura, carpintaria, jardinagem, etc.).					
4	Vou ao cinema, teatro, concertos, passeios, etc., semanalmente.					
5	Programo viagens nas minhas férias.					
6	Faço leituras divertidas, na semana.					
7	Tenho entretenimentos como assistir TV, ouvir música, rádio, etc., na semana.					
8	Aproveito o meu tempo livre.					

13. Inserção Social		1	2	3	4	5
1	Compartilho minhas dificuldades com pessoas próximas.					
2	Encontro frequentemente, com meu grupo de amigos.					
3	Diante de problemas, posso refletir e dialogar com pessoas que sabem escutar.					
4	Disponho-me a dar apoio afetivo e proteção a pessoas próximas de mim.					
5	Afasto de minha vida as pessoas nocivas.					
6	Atuo socialmente de forma direta e firme, porém sem agressividade.					
7	Estou satisfeito (a) com o apoio que recebo de meus amigos, parentes e colegas.					
8	Tenho um bom relacionamento com meus familiares.					

14. Ocupação Principal		1	2	3	4	5
1	Tenho satisfação com a minha ocupação principal.					
2	Sinto a minha atividade como muito envolvente e gratificante.					
3	Faço algo criativo em minha ocupação.					
4	Planejo minhas atividades antecipadamente (por objetivos e com racionalização do tempo).					
5	Trocara a minha ocupação principal por outra atividade.					
6	Planejo minhas atividades a médio e longo prazo.					
7	Tenho satisfação com o resultado da minha ocupação.					
8	Estou satisfeito com o tempo que dedico para a minha ocupação.					

Se você trabalha, assinale nota de 1 a 5 (um a cinco) que expresse a sua satisfação, com a qualidade das ações da sua empresa, assinale na coluna **N/E** se não existe a ação.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Totalmente insatisfeito ←————→ Totalmente satisfeito

15. Bem-estar no trabalho		1	2	3	4	5	N/E
1	Atendimento do convênio médico que a empresa oferece.						
2	Benefícios oferecidos pela minha empresa (farmácia, creche, cesta básica, previdência privada, etc.).						
3	Qualidade das refeições oferecidas pela minha empresa.						
4	Oportunidade de carreira que minha empresa oferece.						
5	Imagem da empresa junto aos funcionários (ou junto à comunidade).						
6	Oportunidade de treinamento e desenvolvimento profissional que a minha empresa oferece.						
7	Oportunidade de participar de comitês de decisão na minha empresa.						
8	O meu salário é compatível com a minha função e com o mercado.						
9	A empresa se preocupa com o ambiente físico e com a segurança no trabalho.						
10	A empresa promove o equilíbrio entre a minha vida pessoal e o trabalho.						
11	A empresa se preocupa com o relacionamento interpessoal entre os funcionários e as chefias.						
12	Atendimento do apoio ou assistência psicológica que a Empresa oferece.						

16. Circule no número que lhe parece a melhor resposta					
Na minha opinião, avalio a minha Qualidade de Vida como:	Muito ruim	Ruim	Satisfatória	Boa	Muito boa
	1	2	3	4	5

17. Quanto tempo levou para preencher o questionário? <i>(Indicar valor inteiro em minutos)</i>		minutos
---	--	---------

18. Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO C – CEPEUSP

O texto abaixo foi extraído do endereço <http://www.cepe.usp.br/>, em 28/06/2006 (o grifo é do autor).

O Centro de Práticas Esportivas da Universidade de São Paulo (CEPEUSP) é um complexo poliesportivo que tem como finalidade planejar, coordenar e implementar as ações necessárias à prática de atividades físicas, esportivas e recreativas no âmbito da Universidade, **“estendendo sempre que possível esses benefícios à comunidade externa”**.

Como utilizar o CEPEUSP

O CEPEUSP é um complexo poliesportivo que oferece à comunidade universitária (alunos, professores e funcionários) uma grande variedade de atividades físicas, esportivas e de lazer, estendendo esses benefícios aos seus dependentes e, sempre que possível, à comunidade externa.

Comunidade USP

Alunos de graduação e pós-graduação, professores e funcionários têm acesso ao CEPEUSP, desde que apresentem a Carteira USP. Podem também se inscrever em um dos diversos programas esportivos oferecidos à comunidade USP, ou em um dos programas especializados, mediante o pagamento de uma taxa.

Carteira de dependentes

O CEPEUSP pode também ser utilizado por ex-alunos e dependentes de alunos, funcionários e docentes.