

PERFIL DO ESTILO DE VIDA DAS PESSOAS NA TERCEIRA IDADE QUE PARTICIPAM DOS PROGRAMAS DE ATIVIDADES FÍSICAS ORIENTADAS NA CIDADE SATÉLITE DO GAMA-DISTRITO FEDERAL

Ronaldo Rodrigues da Silva *

Alfredo Feres Neto **

RESUMO

Conhecer o perfil do estilo de vida de pessoas que aderem à prática de atividades físicas em grupos é um fator relevante para a prescrição dos exercícios físicos para este grupo especial de indivíduos. Preocupados com esse problema que aflige a maioria dos professores e profissionais que atuam neste setor, em avaliar e prescrever atividades para grupos, esta pesquisa não cria um modelo, e sim alerta para os aspectos que podem determinar cuidados quanto à intensidade e a qualidade dos programas a serem desenvolvidos, evidencia também a clara possibilidade de um trabalho em equipe multidisciplinar entre as áreas de saúde, sociais, psicológica e de atividade física. A população investigada e trabalhada foi um grupo formado por 180 idosos, inicialmente sedentários, acima de 60 anos e pertencentes a um grupo de hipertensos e diabéticos localizados na cidade satélite do Gama – Distrito Federal. A proposta inicial foi a criação de um grupo de profissionais específicos formados por um professor de educação física, um clínico, um psicólogo, um assistente social, um odontólogo, uma nutricionista, uma ginecologista e duas auxiliares de enfermagem. Foram utilizados três questionários ao longo da pesquisa, sendo aplicados dois inicialmente; o 1º, o PAR-Q (Ministry of Health, 1997), e o segundo, um questionário específico para levantamento do Estilo de Vida Pregresso dos participantes. Ainda na primeira etapa, foram feitos vários exames, desenvolvidas fichas de acompanhamentos diversos e desenvolvido um programa de baixíssimo impacto para darmos início a essa fase do programa. Ficou ainda estabelecida que além das atividades físicas seriam desenvolvidas atividade social e cultural como complementação do programa. O terceiro questionário aplicado foi o Perfil do Estilo de Vida Individual (Nahas, 2000), no final da última fase do programa. Os resultados obtidos ao final do programa mostraram um avanço e sucesso ao programa proposto: trabalhar multidisciplinarmente com um grupo de profissionais de diversas áreas, em benefícios de melhorias na saúde e bem estar dos participantes. Eles mostraram ainda o compromisso e a responsabilidade no cumprimento das ações estabelecidas pelos profissionais envolvidos, como também com a clientela atendida.

PALAVRAS-CHAVE: Atividade física; perfil do estilo de vida; saúde.

* Professor Doutor do Curso de Educação Física da Universidade Católica de Brasília - UCB.

**Professor Doutor Adjunto III do Curso de Educação Física da Universidade de Brasília- UNB

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural e inevitável, mas pode ser vivido em melhores ou piores condições. A progressiva degeneração física e os distúrbios orgânicos ainda incontornáveis da velhice desencadeiam grande ansiedade na maioria das pessoas. Segundo LORDA (1995, p.52), "Envelhecer significa adaptação a mudanças na estrutura e funcionamento do corpo, por um lado, e mudanças no ambiente social, por outro".

É da maior importância salientar que envelhecer não é uma doença e, como RIES (1994, p.07) destaca, pode-se distinguir entre formas ontológicas e formas patológicas de envelhecimento. A melhoria de qualidade de vida é hoje, sem dúvida, a maior prova de transformação de conceitos pró-saúde que se conhece.

Estilo de vida "é a forma pela qual uma pessoa ou grupos de pessoas vivenciam o mundo e, em consequência, se comportam e fazem escolhas" (AMARAL, 1992, p.01). A ação de fazer as atividades serem transformadas em benefícios está sendo cada vez mais desenvolvida como forma comum nas tarefas corriqueiras das pessoas. Ao que parece, as pessoas tomam mais consciência de que o movimento é essencial para ajudar na melhoria da qualidade de vida, e seguindo estes conceitos é que a população enfrenta as dificuldades de uma velhice ativa, pois depende do estilo de vida que leva.

De certa forma BOURDIEU (1983), ao falar do conjunto simbólico em relação às necessidades básicas dos grupos ou indivíduos, nos deixa claro que essas relações são definidas como prioridades para que se possa fazer determinadas escolhas, que vão depender de outros fatores, como poderemos ver em AMARAL (1992, p.04) ao definir necessidades básicas: como comer, escolher o tipo de comida, quais talheres usar, a opção por fazer o uso deste serem de madeira ou de ouro, isto tudo exige uma certa estratégia à adesão de valores de distinção pela própria sociedade é neste sentido que os elementos preenchem os critérios de livre escolha, como os estéticos, artísticos, religiosos entre outros e estes passam a serem significativos para a definição de estilo de vida de um dado grupo.

Portanto, estilo de vida "corresponde ao conjunto de ações habituais que refletem as atitudes e valores das pessoas, tendo grande influência na saúde geral e na qualidade de vida de todos os indivíduos". (NAHAS, 1995 p.11). Essas ações podem interferir futuramente tanto positiva como negativamente, dependendo se são tomadas em prol de uma melhoria da saúde, podendo ser desenvolvidas conforme o estilo de vida escolhido. MENDOZA (1990) define estilo de vida como um conjunto de padrões de condutas que caracterizam a maneira geral de viver de um indivíduo no grupo. Segundo MENDOZA e COLS (1994), quatro grandes tipos de fatores determinam o estilo de vida de uma pessoa: as características individuais, genéticas adquiridas; as características microsociais que

desenvolvem no indivíduo (casa, família, escola, etc...); os fatores macrossociais, que influem diretamente sobre os anteriores (sistema social, cultura predominantes, meios de comunicação, etc...); e o meio físico geográfico.

O aumento da população idosa em relação à população total no Distrito Federal e especificamente a cidade do Gama, aponta para a necessidade de que, a tempo, formulem-se políticas públicas voltadas para o atendimento das necessidades dessa camada populacional cada vez mais numerosa. No que diz respeito a programas de atividades físicas orientadas, o Distrito Federal, tem hoje várias instituições com uma programação voltada para este segmento. São exemplos: ações sociais como os da GAI-DF (Gerência de Apoio ao Idoso), órgão do Governo do Distrito Federal, o SESC (Serviço Social do Comércio); e a Universidade Católica de Brasília, com o projeto "Geração de Ouro", entre outros.

Portanto, este estudo pretende fazer um levantamento do perfil de estilo de vida de indivíduos idosos que participam de programas de atividades físicas orientadas na cidade satélite do Gama - DF.

METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido com cidadãos idosos residentes na cidade Satélite do Gama - Distrito Federal, que participam de atividades físicas em programas orientados distribuídos em 04 grupos pela cidade, dos quais foram entrevistados apenas 01 grupo escolhido pelo pesquisador. A amostra foi composta de $n= 40$ indivíduos, de 60 anos acima, de um total de $N= 203$ escolhidos aleatoriamente, de ambos os sexos, que praticam atividade física orientada na cidade satélite do Gama - DF, nos horários de 07:30h as 08:30h, no Centro de Saúde nº 05 do Gama, situado na Área Especial nº 05 do Setor Central.

Os instrumentos empregados foram três questionários com perguntas fechadas e abertas um com questões de fatores (nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamento social e controle do estresse) validado segundo a **Fonte:** Citado por NAHAS (2001). Validação: NAHAS, M.V. Barros, MVG e FRANCALACCI, V. (2000). O Pentáculo do Bem Estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, 5(2), 48-59, outro com perguntas abertas elaboradas pelo orientador e pesquisador, além do Par-Q **Fonte:** Citado por NAHAS, 2001. PAR-Q Validation report, British Colombia Ministry of Helth, may de 1997. **Fonte:** Citado por NAHAS, 2001. PAR-Q Validation report, British Colombia Ministry of Helth, may de 1997.

O tratamento estatístico utilizado nessa pesquisa foi a Estatística Não Paramétrica/quiquadrado. E o nível mínimo de significância será estabelecido em $p<0,05$. O estudo apresentado das atividades pregressas apresentou um valor de $P< 0,05$ para $P= 0,01$. Ressaltando apenas pela análise estatística mostrou que para a questão (quanto tempo freqüenta o programa), ($P\geq 0,05$), não foi verificado uma diferença significativa, em razão dos participantes (sujeitos da amostra estudada) apresentaram uma distribuição no programa inferior a 0,05 e apesar de terem apresentado um valor médio de 11,8 meses entre o tempo de participação. Isto significa que a média encontrada foi considerada boa em relação à alta rotatividade de participação em programas apesar de apresentar um valor de $P= 0,90$. Da mesma forma a amostra estudada não apresentou diferença significativa ($P\geq 0,05$) para a questão relacionada a (fonte de renda), sendo constatado um valor para $P= 0,88$ devido ao baixo poder aquisitivo encontrados principalmente da amostra dos indivíduos da região do nordeste.

Para a amostra de dados do Estilo de Vida foram encontradas diferenças significativas $p \geq$, para todas as questões. Quando foi cruzado o dado dos questionários a razão pela qual aconteceram estas mudanças, foram em razões da melhoria na promoção de atitudes e hábitos saudáveis, ficando claro que houve um desenvolvimento do

comportamento em relação aos hábitos e das condições de melhoria de vida destes indivíduos. A relação da significância deve-se também ao fato que: o fator econômico teve um papel importante para a promoção das melhorias da qualidade de vida, as condições adversas passadas encontradas e somadas com as melhoras atuais ao se dividirem encontrar-se-ão um denominador positivo, por isso a razão da prevalência ser Alta e não menor que 0,05. Percebeu-se então que a mudança do perfil antes e agora encontrado deveu-se muito aos ganhos em função das melhoras.

Em relação à análise do teste do Q-par, houve uma diferença significativa de $p=0,05$ pelo número de respostas positivas (pois este teste tem que ser 100% as respostas negativas), ficando assim um alerta aos profissionais que atuam com estes indivíduos a terem um cuidado especial ao fazerem um diagnóstico mais profundo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo os resultados encontrados, a população geral do Distrito Federal passou de 949.715 habitantes em 1976 para 1.653.384 em 1992 (2.070.583, em 2001), um crescimento da ordem de 74,09%, enquanto que a população maior de 60 anos passou de 20.132 para 66.286 habitantes (107.664, em 2001) no mesmo período, o que significa um aumento de 229,25%. No Plano Piloto e em algumas Cidades Satélites do DF, o crescimento da população maior de 60 anos atingiu números elevados quando comparados ao crescimento da população geral no período estudado pela pesquisa: no Plano Piloto, a população geral aumentou em 8,23% enquanto que a população maior de 60 anos aumentou 210,91%; no Guará, Taguatinga e Gama, os números do crescimento foram, respectivamente, 5,26%, 31,69% e 16,70%, para a população geral, e 134,14%, 167,71% e 125,87%, para a população maior de 60 anos. Este estudo mostrou ainda, por meio de dados de projeção que, entre 1992 e 2001, a população geral no Distrito Federal deveria aumentar em aproximadamente 74%, enquanto que a população maior de 60 anos deveria sofrer um acréscimo em torno de 215% neste período, divididas por regiões.

Observou-se em relação as atividades desenvolvidas nas atividades pregressas um avanço com os resultados obtidos na mudança da frequência e da qualidade do desenvolvimento das atividades orientadas (HAYFLIC, 1996), trazendo uma variedade de benefícios aos participantes, chegando a 87% somados como uma realização de atividades de 5 ou mais vezes semanalmente. Levados pelo impulso que atividade física é bom para saúde na questão E, somados 98% do total dos participantes desenvolvem pelo menos duas vezes por semana exercícios que envolvem força e alongamento muscular (SHEPHARD, 1987). A questão a seguir procurou observar se os participantes desenvolvem normalmente AVD (atividade da vida diária) em seu cotidiano usando meios como caminhada, bicicleta, o uso de escadas, o resultado foi 71% somados (QUASE SEMPRE E SEMPRE) mostrando um bom desempenho destas atividades (Adrian, 1986; Aniansson, Rundgren & Sperling, 1980,; Gallahue, 1995; Mendes de Leon, Seeman, Baker, Richardson & Tinetti, 1996; Seeman, Bruce & McAvay, 1996).

Sem esquecer que aos aspectos do comportamento do homem teve sua maior intensidade após a segunda guerra mundial com a industrialização, após este período as principais causas de morte nos países industrializados passou a ser de responsabilidade das doenças cardíaco-circulatórias, em vez das doenças infecciosas WEINECK (1990), como mostra o quadro abaixo:

DOENÇAS	PAISES EM DESENVOLVIMENTO	PAISES INDUSTRIALIZADOS
Doenças infecciosas	39%	6%
Câncer	4%	18%
Doenças cardíacas e Vasculares	4%	48%

Segundo WEINECK (1990), o processo desenvolvimentista trouxe mudanças de hábitos na vida do ser humano. O homem passou a produzir e ingerir mais alimentos de que necessitava. Desenvolveu técnicas e equipamentos que vieram a facilitar na execução das tarefas diárias com menor dispêndio energético. Com mecanização o homem transformou seus hábitos de vida anteriores na automatização e com isso veio o sedentarismo causando sérios inconvenientes à saúde.

CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou por meio de entrevistas (questionários), como avaliar o grupo que desenvolve um programa atividade física orientada, no Centro de Saúde N. 05 da cidade Satélite do Gama Distrito Federal, o objetivo foi de fazer um levantamento e elaborar um quadro do perfil do estilo de vida dos participantes e como resultado surgiu a sugestão de elaboração de um quadro de procedimentos e cuidados a serem tomados antes de iniciarmos qualquer tipo de programa.

Concluiu-se que; um programa só deve ser elaborado se levado em consideração todos os aspectos e recursos encontrados diante dos fatores que possibilitem, o desenvolvimento seguro e adequados dos participantes, Promover meios de participação ativa e direta dos orientadores (professores, médicos, auxiliares.), dentro de uma programação científica e específica, não se ater a fatos sem antes fazer uma rigorosa consulta, procurando integrar não só idosos como também todo o corpo de funcionário que estarão desenvolvendo e trabalhando no programa.

O estudo demonstrou ainda que sem pesquisa e treinamento dos profissionais que irão atuar em programas orientados pode ser de certa forma fatal, pois os estudos mostram que as debilidades físicas dos integrantes do programa requerem cuidados especiais, devendo então os integrantes que elaboraram o programa, promoverem e participarem freqüentemente de encontros para avaliarem os problemas e suas causas.

O fator prevenção pelo que se levantou, ainda é considerado o melhor remédio, para aliviar certos males (BLAIR, 1994). Pesquisas e mais pesquisas sugerem cuidados e atenção com fatores essenciais para uma prevenção saudável. Curar pode ser muito difícil de se conseguir nessa fase. A atenção e carinho com estes indivíduos podem ser um ponto de partida para qualquer intenção de elaboração de um bom programa. Doses de percepção associadas a controle são consideradas bons ingredientes de responsabilidade e conduta. Portanto, sugere-se, muita atenção e persistência em se tratando de indivíduos idosos para desenvolver programas de atividade física orientada.

A elaboração de programas deve ser dirigida também sob os cuidados da esfera governamental, para então possibilitar meios de desenvolver programas para a grande massa, principalmente a carente de recursos financeiros. Programa barato e bem orientado deve-se ao fato de fazer parcerias para amenizar custos e trazer melhores benefícios. Vincular estes tipos de programas a as Associações, Empresas, Secretárias, Escolas Pública e Particulares, Fundações entre outros órgãos existentes, vai fazer com que toda a comunidade se sensibilize e passe a criar uma rotina, e participar também na elaboração destes programas, pois quem vai praticar as propostas apresentadas serão eles e a eles cabe decidirem escolher o melhor lhes convierem.

Como sugestão o pesquisador apresenta um quadro mais simplificado para orientação dos profissionais, que desenvolvem atividades físicas orientadas com idosos que aderem a prática de atividade em grupos:

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADRIAN, M. J. Research for independent living among the elderly. In: McPHERSON, B.D., ed. **Sport and aging – Champaing, Human Kinetics**, p. 137-43, 1986.
- AMARAL, Rita de Cássia. **Povo-de-santo, povo de festa**. Estudos antropológicos do estilo de vida dos adeptos do candomblé. Dissertação, USP-São Paulo, 1992.
- AMERICAN GERIATRICS, SOCIED. www.cdof.com.br/idosos.htm. – 30/07/02. 09:30pm.
- BLAIR, Steven, N.; PAITER, Patrícia; PATE, Russel R. et al. **American College of Sports Medicine: prova de esforço e prescrição de exercício**. Revinter, Rio de Janeiro, 1994, 431p.
- BOSI, Ecléa. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**/Ecléa Bosi – 3. Ed. – São Paulo: Companhia das Letras, 1994.
- BOURDIEU, Pierre. **Coleção Grandes Cientistas Sociais** N°. 39. Ática, São Paulo, 1983.
- BOUCHARD, C., SHEFHARD R. J. Physical activity, fitness and health: the model and key concepts. En: BOUCHARD, C., SHEPHARD, R.J., STHEPENS, T. (Eds) (1994). **Physical activity, fitness and health: International proceedings and consensus statement, Human Kinetics. Ili: 77-88**, 1994.
- COMFORT, A. Aging. The Biology of Senescence. 2 nd Ed. New York: Holt, Rinehart, **WINSTON**, 1979.
- COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO DO PLANALTO DO DISTRITO FEDERAL. **Estatística**. Brasília, 1992.
- COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO DO PLANALTO DO DISTRITO FEDERAL. **Estatística**. Brasília, 1996.
- DORTMUND, R.R. **A Atividade Física e o Coração**. MEDSI – Editora Médica e Científica Ltda. Rio de Janeiro, RJ. 1991.
- DISTRITO FEDERAL (Brasil), Secretaria de Governo - Subsecretaria para Assuntos do Idoso - A Terceira idade no Distrito Federal - Brasília - **Starprint**, 1999.
- EVANS, W.J. Reversing Sarcopenial: how weight training can build strenght and vitality. **Geriatrics**, May, 51:5, 46-7, 51-3, 1996.
- FIANTERONE, M.A. O'NEILL EF, RAYN ND, et al. Exercise Training and Nutrition Supplementation for Physical frailty in very elderly people. *Nengl Jmed*, 330: 1769-75, 1994.
- _____, M. A. Physical activity and functional independence in aging. Lecture on International Pre-Olympic Congress. **Physical activity, sport and health. Dallas**, 1996.
- HAYFLICK, L.H. **Como o por que envelhecemos**. Rio de Janeiro. Campus. 1996.
- IBGE** – 2000. Instituto Brasileiro de Geo-estatística. Levantamento populacional ano 2000.
- LAWTON, M.P. A multidimensional view of quality of life in frail elders. In: BIRREN, J.E.; LUBBEN. J.E.; ROWE, J.C.; DEUTCHMAN, D.E., ed. **The concept and measurement of quality of in the frail elderly**. San Diego, Academic Press, p. 3-27, 1991.
- LEITE, Paulo Fernando. **Aptidão física esporte e saúde: prevenção e reabilitação**. 2. Ed., São Paulo: Robe, 1990, 290p.
- LORDA, C. Raul P. **Educação física e recreação para a 3ª idade**. Porto Alegre - RS., Ed SAGRA, 1995.

- MARQUES, Antônio. A pratica de atividades física nos idosos: as questões pedagógicas. **Revista Horizonte**. Portugal, v. 08, n. 74, p. 11-17, 1996.
- MARY E. TINETTI, M. D. DOROTY, I. Backer et al. The multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. **The New England Journal of Medicine**, volume 331, number 13, september 29, 1994.
- MATSUDO, Sandra M., MATSUDO, Victor K. R. Prescrição e benefícios da atividade física na terceira idade. **Revista Brasileira de Ciências e Movimento**. São Caetano do Sul, v. 05, n. 04, p. 19-30, 1992.
- MATSUDO, S, MATSUDO, V. Prescrição e benefícios da atividade física na terceira idade. **Revista Horizonte**, São Paulo, n. 54, p. 221-228, 1993.
- MATSUDO, Victor, K.R. Vida ativa para um novo milênio. **Revista Oxiologia**. 18:24, 1999.
- MATSUDO, S.M.M. **Avaliação do idoso – Física & Funcional**. 125p. ed. 2000 – ano 2000.
- MENDOZA, R., SAGRERA, M.R., BATISTA, J.M. Conductas de los escolares espanõles relacionadas com la salud. **Consejo Superior de Investigaciones Científicas**. Madrid, 1994.
- NAHAS, Markus V. **A Era do estilo de vida. Atividades física e qualidade de vida - Núcleo de Pesquisa em Atividade Física e Saúde - UFSC**. 1999.
- NERI, A.L. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas, Papirus, 1993.
- _____, Markus V. **O Pentáculo do Bem Estar - Base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos - CDS/UFSC Núcleo de Pesquisa em Atividades Física & saúde - Nupaf**, 1992.
- PATE, R.,R., PRATT, M., STEVEN, N. y COLS. Physical activity and public health. A recommendation from Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sport Medicine. En: **Journal of the American Medical Association**, 273 (5): 402-407, 1995.
- PORTELA, CJP.; Leite MLCB. **IX Jornada Brasileira de Geriatria e Gerontologia - Brasil 1996**.
- RIES, W. – Altern und Krankheit. In: Olbrich, E. et al. (eds) – **Kompendium der Gerontologie: Interdisziplinäres Handbuch**. Landsberg/Lech, Ecomend; IV – 7, 1 – 14.
- SHERPHARD, R. J. Physical Activity and Aging. 2nd Ed. London: Croom Helm Publishing, 1987.
- _____. The scientific basis of exercises prescribing for the very old. **Journal of the American Geriatric Society**, 38:62 – 70, 1990.
- _____. Exercício e envelhecimento. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. São Caetano do Sul, v. 05, n. 04, p. 49-56,1991.
- _____. Health and Aerobic Fitness. Champaing N.: **Kinetics Plublishers**, 1993.
- SERRO AZUL, J.B.; WAJNGARTEN, M.; SERRO AZUL, L. DE. Aterosclerose no idoso – seriam válidas as recomendações de medidas preventivas?. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 55 (1); 67-69, 1990.
- SPIRDUSO, Waneen. W. Physical Activity and Aging: Introduction University of Texas at austin; **American Academy of Physical Education Papers**. V. 22,1989.
- WEINECK, E.N. **Biologia do esporte**. São Paulo: Manole, 599 p. 1990.
- _____, E.N. **Biologia do esporte**. São Paulo: Manole, 1991.