



Programa de Pós-Graduação em  
**Ciências da Saúde**  
Mestrado e Doutorado - UNISUL

**FABRICIO DE SOUZA**

**EFEITO DA ATIVIDADE FÍSICA NAS CONDIÇÕES DE SAÚDE, NO USO DE  
MEDICAMENTOS E NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS**

**TUBARÃO**

**2015**

**FABRICIO DE SOUZA**

**EFEITO DA ATIVIDADE FÍSICA NAS CONDIÇÕES DE SAÚDE, NO USO DE  
MEDICAMENTOS E NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em Ciências  
da Saúde para obtenção do título de  
Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Daisson José Trevisol, Dr.

**TUBARÃO**

**2015**

**FABRICIO DE SOUZA**

**EFEITO DA ATIVIDADE FÍSICA NAS CONDIÇÕES DE SAÚDE, NO USO DE  
MEDICAMENTOS E NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS**

Esta Dissertação foi julgada adequada pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde - Mestrado, para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Tubarão, 30 de outubro de 2015.

---

Orientador: Prof. Daisson José Trevisol, Dr.

Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL

---

Profa. Fabiana Schuelter Trevisol, Dra.

Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL

---

Prof. Luciano Acordi da Silva, Dr.

Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC

Dedico esta dissertação a minha família,  
que sempre incentivou a busca pela  
realização dos meus sonhos.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por todas as graças e bênçãos de minha vida.

Aos meus pais, pela educação a mim concedida e por me fazerem acreditar que tudo é possível.

A minha esposa e filho, por todo incentivo e compreensão.

Ao meu orientador, prof. Dr. Daisson José Trevisol, por toda orientação, paciência e prestatividade.

Aos professores, Dra. Fabiana Schuelter Trevisol e Dr. Luciano Acordi da Silva, por aceitarem o convite para compor a banca examinadora.

A todos os professores do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Unisul, por todos os ensinamentos transmitidos.

Aos meus familiares e amigos, por todo apoio e incentivo.

A todos os integrantes da Associação Impacto, que são a minha segunda família, por todos os momentos juntos.

A todos os envolvidos na pesquisa, Fundação Municipal de Assistência Social do Município de Tubarão, equipe de coleta de dados, participantes do estudo e a mestrandia Alessandra de Sá Soares, pois sem a participação de todos, a realização deste projeto não teria sido possível.

Enfim, neste momento tão importante da minha jornada acadêmica, agradeço a todos que colaboraram de alguma forma para que este objetivo fosse alcançado.

“O movimento humano, como tal, pode tomar o lugar de muitos remédios, mas todos os remédios juntos nunca poderão tomar o lugar do efeito do movimento.” (Tissot).

## RESUMO

**Introdução:** A cada ano, a estimativa de vida da população mundial aumenta. Devido a isso, surge a necessidade de procurar alternativas que visem proporcionar mais qualidade de vida aos idosos, possibilitando a esta população viver mais e melhor. Acredita-se que aqueles idosos com um alto nível de atividade física adquiram melhoras significativas nas valências físicas, o que conseqüentemente diminuirá a necessidade de uso de medicamentos e implicará em melhora na qualidade de vida, em comparação com sedentários. **Objetivo:** Estimar a influência das atividades físicas nas condições de saúde, no uso de medicamentos e na qualidade de vida dos idosos. **Métodos:** Estudo transversal realizado com 306 idosos do sexo feminino da cidade de Tubarão (SC). Foram realizados testes de qui-quadrado de Pearson, exato de Fisher, U de Mann-Whitney, regressão de Poisson com estimador robusto e correlação de Spearman's para análise dos dados. O nível de significância adotado foi de 95%. **Resultados:** A prevalência do uso de algum medicamento foi de 98,7%, consumo de 5,33 medicamentos por pessoa, sendo que 43% destes, fazia uso de polimedicação. Analisando o nível de atividade física, 69,9% foram classificadas como sedentárias. Foram encontradas correlações entre nível de atividade física e quantidade de medicamentos consumidos, qualidade de vida, depressão e quantidade de doenças ( $p < 0,05$ ). **Conclusão:** Conclui-se que quanto maior o nível de atividade física, menor é a quantidade de doenças, menor é o consumo de medicamentos, menor é o índice de incidência de depressão e melhor é a qualidade de vida. Sendo assim, destaca-se a importância de se desenvolver estratégias que incentivem a prática regular de atividades físicas na população idosa.

**Descritores:** Envelhecimento. Doenças. Estudos transversais. Exercício físico.

## ABSTRACT

Introduction: Each year, the life expectancy of world's population increases. Due to that, raises the need of search for alternatives that target to offer a better life quality to elders, what enables to this population to live longer and better. It is believed that the elders with high level of physical activity acquire significant improvement of physical valences, what consequently decreases the need of medications use and means an improvement in life quality as a whole, if compared with others in a sedentary state. Objective: estimate the influence of physical activity in the health condition, in the use of medication and in overall life quality of elders. Method: Transversal study realized with 306 elderly women from the city of Tubarão (SC). It was done tests of Pearson's Chi-squared, Fisher's exact, U- Mann-Whitney, Poisson regression with robust estimator and Sperman's correlation for the data analysis. The adopted level of significance was of 95%. Results: The prevalence of some sort of medication use was of 98.7%, with consumption average of 5.33 drugs per person, in which 43% had a multidrug usage. Analyzing the level of physical activity, 69.9% were classified as sedentary. It were found correlations between level of physical activity and quantity of medication consumed, life quality, depression and quantity of diseases ( $p < 0.05$ ). Conclusion: It is concluded that as higher is the level of physical activity, as lower is the quantity of diseases, lower is the need of medication use, lower is the level of depression incidence and the life quality is overall better. Being as it is, it is reinforced the importance of develop strategies that encourage the regular practice of physical activities among the elderly population.

Describers: Aging. Diseases. Transversal studies. Physical exercise.

## LISTAS

### Lista de abreviaturas

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNAD - Pesquisa Nacional de Amostras e Domicílio

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SUS - Sistema Único de Saúde

EDG - Escala de Depressão Geriátrica

*ACSM - American College of Sports Medicine*

QBMI - Questionário Baecke Modificado para Idosos

UNATI - Universidade Aberta da Terceira Idade

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

QV - Qualidade de Vida

ONU - Organização das Nações Unidas

*WHOQOL - World Health Organization Quality of Life*

*CAGE - Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener*

QTF - Questionário de Tolerância de Fagertröm

FMDS - Fundação Municipal de Desenvolvimento Social

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

*ATC - Anatomical Therapeutic Chemical*

INMETRO - Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia

IMC - Índice de Massa Corporal

IRCQ - Índice de Relação de Cintura/Quadril

SPSS - Statistical Product and Service Solutions

### Lista de tabelas

Tabela 1 – Descrição dos participantes do estudo segundo os dados sociodemográficos de acordo com o nível de atividade física. (n=306). .....26

Tabela 2 – Características antropométricas dos participantes do estudo (média e desvio padrão) de acordo com o nível de atividade física. (n=306). .....27

Tabela 3 – Descrição dos participantes do estudo segundo os dados de saúde, de acordo com o nível de atividade física. (n=306). .....28

Tabela 4 – Morbidade referida pelos participantes do estudo de acordo com o nível de atividade física. (n=306). .....	29
Tabela 5 – Procedimentos de saúde referidos pelos participantes do estudo de acordo com o nível de atividade física. (n=306). .....	31
Tabela 6 – Escores de qualidade de vida dos participantes do estudo (média e desvio padrão) de acordo com o nível de atividade física. (n=306). .....	31
Tabela 7 – Perfil do uso de medicamentos utilizados pelos participantes do estudo conforme primeiro nível de classificação ATC de acordo com o nível de atividade física. (n=306). .....	32
Tabela 8 – Quantidade total de medicamentos utilizados pelos participantes do estudo conforme primeiro nível de classificação ATC de acordo com o nível de atividade física. (n=1632). .....	34
Tabela 9 – Classificações de IMC, IRCQ, gordura corporal, depressão e qualidade de vida dos participantes do estudo de acordo com o nível de atividade física. ....	35
Tabela 10 – Variáveis independentes relacionadas ao nível de atividade física, submetidas ao modelo ajustado. ....	36
Tabela 11 – Correlações entre nível de atividade física e fatores associados dos participantes do estudo. ....	37

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	9
1.1 REFERENCIAL TEÓRICO .....	10
1.1.1 Envelhecimento populacional .....	10
1.1.2 Doenças na população idosa .....	11
1.1.3 Atividade física na população idosa .....	12
1.1.4 Uso de medicamentos na população idosa .....	15
1.1.5 Qualidade de vida na população idosa .....	18
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	20
2.1 OBJETIVO GERAL .....	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	20
<b>3. MÉTODOS</b> .....	21
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	21
3.2 LOCAL DO ESTUDO .....	21
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	21
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	21
3.5 MÉTODOS DE COLETA DE DADOS .....	22
3.6 VARIÁVEIS .....	24
3.7 ASPECTOS ÉTICOS .....	24
3.8 MÉTODOS DE PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	24
<b>4. RESULTADOS</b> .....	26
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	39
<b>6. CONCLUSÃO</b> .....	49
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	51
<b>APÊNDICE</b> .....	57
<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	57

<b>APÊNDICE B – Questionário de identificação e situação clínica.....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXO A – Parecer Aprovação do Comitê de Ética .....</b>	<b>67</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A cada ano, a expectativa de vida da população mundial aumenta. Esse fato não se restringe aos países desenvolvidos, já que países em desenvolvimento, como o Brasil, também estão vivenciando esse fenômeno <sup>1, 2</sup>. Atualmente, 13% da população brasileira é composta por pessoas idosas <sup>3</sup>. Com o aumento significativo dessa população, surge a necessidade de procurar alternativas que visem proporcionar mais qualidade de vida aos idosos, possibilitando viver mais e melhor. Nesse aspecto, é preciso identificar quais os itens que realmente possuem relevância para a manutenção da qualidade de vida das pessoas, pois a partir de uma certa idade, todo ser humano começa a sofrer alterações em diversas funções fisiológicas, e a partir dos 60 anos de idade esses fatores são potencializados <sup>4, 5</sup>.

Pessoas com idade avançada desenvolvem perda significativa nos aspectos físicos (força, flexibilidade, equilíbrio, coordenação motora e agilidade), diminuição de massa muscular e óssea e, aumento do percentual de gordura corporal <sup>4, 5</sup>. Esses fatores geram desconfortos, dores, indisposição, ansiedade, perda da autonomia e, conseqüentemente, estresse. Tais elementos em muitos casos contribuem para o desenvolvimento de morbidades, prejudicando intensamente a qualidade de vida destes sujeitos <sup>6</sup>. Com o aumento no número de morbidades e a qualidade de vida prejudicada, outros problemas são desencadeados, como sobrecarga nos atendimentos de saúde e aumento no consumo de medicamentos <sup>6-10</sup>.

Dessa forma, cabe a sociedade, desenvolver estratégias que visem proporcionar melhores condições para o desenvolvimento da qualidade de vida dessa população. Atualmente, sabe-se que ainda são poucas as possibilidades ofertadas. Uma das alternativas que vem sendo amplamente pesquisada pelos cientistas é a prática regular de atividades físicas, visto que um maior nível de atividade física é um fator modificador do estilo de vida que, além de ser capaz de minimizar e controlar limitações provocadas pelo envelhecimento, também é um fator de proteção para muitas doenças <sup>5, 11</sup>. Contudo, não se sabe ao certo os efeitos do nível de atividade física sobre o uso de medicamentos na população idosa, visto que atualmente são poucos os estudos científicos sobre esse tema. Acredita-se, porém, que além dos benefícios físicos proporcionados pela prática regular de atividades físicas, também haja diminuição significativa no uso de medicamentos.

Supõe-se que, com um alto nível de atividade física, os idosos adquiram melhoras significativas nas valências físicas, conseqüentemente diminuam a necessidade de ingestão de medicamentos e com isso adquiram melhor qualidade de vida. Sendo assim, este estudo visa identificar a influência do nível de atividade física sobre as condições de saúde, uso de medicamentos e qualidade de vida de idosos. Dessa forma surge uma questão importante: qual a influência do nível de atividade física nas condições de saúde, no uso de medicamentos e na qualidade de vida em idosos?

Por existirem poucos estudos a respeito do tema nesta população, esta pesquisa torna-se uma importante ferramenta na identificação de problemas relacionados aos idosos, principalmente com relação as condições de saúde, uso de medicamentos e qualidade de vida, sendo de extrema relevância.

## 1.1 REFERENCIAL TEÓRICO

### 1.1.1 Envelhecimento populacional

A Organização Mundial da Saúde (OMS), considera idosos, para países desenvolvidos e do ponto de vista cronológico, as pessoas com 65 anos ou mais de idade. Entretanto, para países em desenvolvimento, são considerados idosos pessoas com 60 anos ou mais de idade <sup>12</sup>. No Brasil, ainda tem-se dispositivos legais que confirmam a faixa etária de 60 anos ou mais de idade para que os indivíduos sejam classificados como idosos <sup>13, 14</sup>.

Segundo os dados da Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílio (Pnad 2013), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), atualizada em setembro de 2014, as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos no Brasil somam um total de 26,190 milhões de indivíduos, o que representam 13% da população nacional <sup>3</sup>.

Uma questão que merece atenção deriva desse aumento populacional, o qual gera várias conseqüências para os setores relacionados à saúde, pois os idosos apresentam maior prevalência e vulnerabilidade à doenças, maior frequência de internações hospitalares e, geralmente, tratamentos longos, gerando dessa forma grande custo para o sistema de saúde, sobrecarregando-o <sup>7</sup>. Vicente e Santos <sup>8</sup> realizaram um estudo com idosos no município de Rodeio no Estado de Santa

Catarina, e 82,2% da população entrevistada relatou possuir alguma doença diagnosticada, sendo 52,6% de hipertensão arterial sistêmica.

Para enfrentar essas dificuldades, foi implantado no Brasil, o tema saúde do idoso como item prioritário na agenda de saúde do país, criando a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, visto que esta parcela da população é a que mais necessita de atendimento de saúde<sup>2</sup>. Entretanto, se não houver equidade de acesso e de utilização dos sistemas de saúde, essa política não contribuirá de forma efetiva para a melhoria da saúde<sup>7</sup>.

### **1.1.2 Doenças na população idosa**

Vários fatores estão associados à morbidade e mortalidade entre a população idosa e, segundo o Ministério da Saúde<sup>15</sup>, a principal causa de mortes entre os idosos no mundo é decorrente das doenças crônicas não transmissíveis. No Brasil, as doenças do aparelho circulatório são a principal causa de mortes entre os idosos, com mais de 34% do número total de mortes, seguida pelas neoplasias e as doenças do aparelho respiratório, que somam 17% e 14%, respectivamente<sup>16</sup>.

Quando se analisa as causas específicas, pode-se classificar as doenças do aparelho circulatório em doenças cerebrovascular e cardiovascular. Sendo que no Brasil, as doenças cerebrovasculares estão em primeiro lugar na causa de mortes entre os idosos, seguida pelas doenças cardiovasculares. Segundo o Ministério da Saúde<sup>15</sup>, esse fato pode ser atribuído a alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica.

Outro fator importante que deve ser analisado, são as causas de internação hospitalar. As principais causas de internações no Sistema Único de Saúde (SUS), são as doenças do aparelho circulatório (27%), seguidas de doenças do aparelho respiratório (16%) e doenças do aparelho digestório (10%)<sup>16</sup>.

O Ministério da Saúde<sup>15</sup> ainda destaca outras doenças que devem ser consideradas em relação a saúde do idoso, como a depressão, visto que no Brasil a prevalência desta varia entre 4,7% e 36,8% na população idosa, e os casos de morte derivadas deste transtorno cresceram 705% em 16 anos<sup>16</sup>. São vários os instrumentos utilizados para avaliar a depressão. Um dos mais utilizados para detecção de transtornos depressivos em idosos é a Escala de Depressão Geriátrica (EDG), descrita em língua inglesa por Yesavage e colaboradores<sup>17</sup> em 1983. A EDG

original possui 30 itens e foi desenvolvida especialmente para o rastreamento dos transtornos de humor em idosos, com perguntas que evitam a esfera das queixas somáticas. A EDG com 15 itens (EDG-15), é uma versão curta da escala original, foi elaborada por Sheikh e Yesavage<sup>18</sup> em 1986. Esta versão é composta por 15 questões que foram desenvolvidas a partir dos itens que mais fortemente se relacionam com o diagnóstico de depressão na escala original. No Brasil, a EDG-15 foi validada em 2005 por Paradela e colaboradores<sup>19</sup>.

O aumento da idade cronológica também provoca uma diminuição do nível de atividades físicas diárias, com grande acentuação a partir dos 60 anos de idade. Essa diminuição do nível de atividade física leva as pessoas idosas a tornarem-se sedentárias, sendo que o sedentarismo contribui para a diminuição de sua independência funcional, dificultando a realização de atividades de autocuidado e de deslocamento<sup>20</sup>. Essas dificuldades na mobilidade prejudicam a qualidade de vida dos idosos e muitas vezes são fatores que os levam a desenvolverem outras doenças e/ou irem a óbito<sup>15</sup>.

### **1.1.3 Atividade física na população idosa**

A atividade física pode ser conceituada como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética que resulta em gasto energético acima dos níveis de repouso<sup>21</sup>. Considera-se atividades físicas todas as atividades da vida diária, as quais podem ser divididas em quatro domínios: ocupacional, tempo livre, atividades do lar e deslocamentos<sup>21</sup>. A definição deste conceito é extremamente importante, pois é um conceito muito amplo que gera muitos problemas em relação a sua interpretação. Isto ocorre inclusive em pesquisas científicas, visto que em muitas delas o conceito de atividade física é restrito a apenas exercícios físicos. Considera-se exercícios físicos as atividades realizadas de forma repetitiva, planejada e estruturada, que possuem como objetivo a melhoria ou a manutenção de componentes da aptidão física<sup>22</sup>.

Souza, Fillenbaum e Blay<sup>23</sup> realizaram um recente estudo sobre a prevalência e fatores correlacionados com a inatividade física em idosos no Rio Grande do Sul, Brasil. Sua pesquisa traz muitas contribuições para a ciência acerca da inatividade física e fatores correlacionados, e as influências na vida dos idosos. Contudo, considera inativas as pessoas que não participaram de determinadas

atividades físicas regulares, citando como exemplos caminhada, natação, ciclismo, ginástica entre outras. Ou seja, a população do estudo não foi questionada sobre suas atividades da vida diária nos outros domínios, representando um grande viés, visto que muitas das pessoas consideradas inativas pelo estudo podem ser extremamente ativas.

Altos níveis de atividade física promovem diversos benefícios para a população idosa, como melhorias na saúde física e mental <sup>24</sup>. Contudo, a grande maioria das pessoas idosas são consideradas insuficientemente ativas, com destaque para os domínios de atividades de deslocamento e atividades no lazer <sup>25</sup>, <sup>26</sup>.

Para que as atividades físicas proporcionem benefícios à saúde, as pessoas precisam realizar pelo menos 150 minutos por semana de atividades da vida diária com intensidade moderada ou 75 minutos por semana de atividades vigorosas ou ainda uma combinação equivalente de atividades moderadas e vigorosas, além de incluir em suas vidas, atividades de resistência cardiorrespiratória, flexibilidade e trabalho neuromotor <sup>27</sup>.

Uma boa opção para aumentar o nível de atividade física diária, é a adoção de um estilo de vida mais ativo, que de preferência, envolva a prática regular de exercícios físicos, visto que além de proporcionarem grande impacto em alterações fisiológicas e funcionais, ainda possibilitam bem estar social <sup>28</sup>.

Para Moraes e colaboradores <sup>29</sup>, um programa de treinamento físico reduzido, com duas sessões semanais e duração de uma hora, é suficiente para proporcionar diversos benefícios em idosos e ainda é melhor aceito. Em estudo com idosos hipertensos, após 12 semanas de intervenção, a amostra obteve melhora em praticamente todas as variáveis estudadas. Obtiveram aumento de força, melhora no equilíbrio, na capacidade aeróbia e na flexibilidade, diminuição da massa corporal, da glicose plasmática e da pressão arterial sistêmica. Esses resultados sugerem que possivelmente haja diminuição na necessidades de uso de medicamentos.

A prática regular de atividades físicas também demonstra efeitos positivos em idosos com diferentes doenças. Gavi e colaboradores <sup>30</sup> observaram idosos portadores de fibromialgia, que obtiveram aumento de força e melhora no controle da dor e na qualidade de vida realizando um protocolo de exercícios físicos composto por exercícios de força e flexibilidade.

Tribess e colaboradores <sup>31</sup> realizaram um estudo para identificar se as atividades físicas diárias, nos quatro domínios (trabalho, transporte, tarefas domésticas e lazer), eram preditoras para ausência de fragilidade em idosos. Concluíram que 140 minutos semanais para homens e 145 minutos semanais para mulheres, de atividades físicas com intensidades de moderada a vigorosa acumuladas nos quatro domínios, são suficientes para prever ausência de fragilidade.

Moraes e colaboradores <sup>32</sup> realizaram uma revisão sistemática para verificar o possível efeito protetor do exercício físico em relação a depressão e constataram que a prática de exercícios físicos por idosos depressivos sem comorbidades, é capaz de promover a prevenção e a redução dos sintomas depressivos. Já no estudo de Burton e colaboradores <sup>33</sup>, que estudaram os efeitos de um programa de exercício físico diferenciado em comparação a um programa tradicional em idosos que recebiam atendimento domiciliar, os resultados foram positivos em ambos os grupos. Contudo, o grupo que recebeu o programa de exercícios diferenciado obteve desempenho significativamente melhor em 40% das medidas avaliadas.

Os instrumentos que avaliam a atividade física podem ser classificados em dois grupos: a) informações relatadas pelos indivíduos (questionários, entrevistas, diários) e, b) medida direta das atividades realizadas (marcadores fisiológicos ou sensores de movimento) <sup>34</sup>. Todos os instrumentos possuem limitações devido a complexidade das atividades e as características da população em estudo. Por isso, vários aspectos devem ser analisados para a correta escolha do melhor instrumento de avaliação, como número de participantes no estudo, tempo e recursos disponíveis, entre outros. Devido a essas características, Ueno e colaboradores <sup>35</sup> afirmam que os questionários são os instrumentos mais utilizados para pesquisas com populações de idosos, pois possuem baixo custo e são de rápida e fácil aplicação. Contudo, estes instrumentos devem ser aplicados em forma de entrevista, para que as possibilidades de erros sejam minimizadas.

Existem vários questionários que avaliam o nível de atividade física na população idosa. Destaca-se neste estudo o Questionário Baecke Modificado para Idosos (QBMI), que foi desenvolvido originalmente em 1982 por Baecke e colaboradores <sup>36</sup>, validado para idosos em 1991 por Voorrips e colaboradores <sup>37</sup> e validado para o Brasil em 2001 por Mazo e colaboradores <sup>38</sup>. O QBMI, aplicado sob forma de entrevista, tem como referência os últimos 12 meses e é dividido em três

seções. A primeira seção abrange questões relacionadas às atividades físicas domésticas, a segunda seção abrange questões referentes a realização de atividades esportivas e, a terceira seção corresponde às atividades de tempo livre. Desta forma, possibilita um levantamento completo das atividades físicas realizadas diariamente<sup>36-38</sup>.

#### **1.1.4 Uso de medicamentos na população idosa**

Com o aumento na expectativa de vida da população, muitas questões precisam de reflexão, visto que influenciam diretamente no desenvolvimento do país. A primeira reflexão é sobre o uso de medicamentos, que aumentou sua demanda de maneira substancial, pois a população idosa é a que mais necessita de tratamento farmacológico para controle e prevenção de doenças<sup>2</sup>.

Loyola-Filho e colaboradores<sup>9</sup> encontraram uma prevalência no uso de medicamentos de 72,1% em uma população idosa em Minas Gerais. Neste estudo, a prevalência do uso de medicamentos foi maior entre as mulheres (79,3%). Entre os 10 medicamentos mais utilizados pela população estudada, considerando a classificação anátomo-terapêutica, cinco pertencem ao grupo que age sobre o sistema cardiovascular: diuréticos (14,7%), inibidores do sistema renina angiotensina (12,6%), betabloqueadores e bloqueadores dos canais de cálcio (14,5% somados) e cardioterápicos (5,2%). Seguem-se a estes, os antiagregantes plaquetários (6,7%), medicamentos utilizados na diabetes (6,2%), psicoanalépticos e psicolépticos (8,1% somados) e anti-inflamatórios/antirreumáticos (2,8%).

Vicente e Santos<sup>8</sup> encontraram prevalência no uso de medicamentos de 78% em estudo realizado com uma população idosa, com idade entre 60 e 70 anos, residentes na cidade de Rodeio no Estado de Santa Catarina, que conta com uma população idosa correspondente a 15% da população total do município. Neste estudo, os medicamentos mais utilizados foram: anti-hipertensivos (52,2%), cardiotônicos (26,8%), ansiolíticos/antidepressivos (25%), protetores gástricos (10,9%), analgésicos/anti-inflamatórios (9,8%), hipoglicemiantes (8,7%), antitireoideos (5,3%), medicamentos a base de cálcio (3,7%) e bronco dilatadores (3,4%).

Mosegui e colaboradores<sup>10</sup> realizaram estudo com idosas cadastradas na Universidade Aberta da Terceira Idade (UNATI), da Universidade do Estado do Rio

de Janeiro, e relataram que apenas 9,1% da população estudada não fazia uso de nenhum tipo de medicamento, sendo que 52,1% fazia uso de um a quatro medicamentos, 34,4% fazia uso de 5 a 10 medicamentos e 3,8% fazia uso de mais de 10 medicamentos, regularmente. Analisando as classes terapêuticas, as mais consumidas foram: complexos vitamínicos (8,7%), analgésicos (8,4%), psicolépticos (6,1%), bloqueadores dos canais de cálcio (5,8%), anti-inflamatórios (5,6%), diuréticos (4,8%), antiácidos, antiflatulentos e antiulcerosos (3,7%), betabloqueadores (2,9%), suplementos minerais (2,7%) e inibidores da enzima conversora de angiotensina (2,5%).

Neves e colaboradores <sup>39</sup> realizaram estudo com idosos residentes na cidade de Recife no Estado de Pernambuco, e encontraram prevalência no uso de medicamentos de 85%, dos quais 98,2% utilizavam ao menos um medicamento prescrito. Analisando as classes farmacológicas, as mais consumidas foram: sistema cardiovascular (42,9%), sistema nervoso (20,2%) e trato alimentar e metabolismo (17,3%).

Galato, Silva e Tiburcio <sup>40</sup> realizaram estudo com idosos residentes no município de Tubarão no Estado de Santa Catarina, e encontraram média de 3,5 medicamentos utilizados por idoso. Analisando as classes farmacológicas, as mais consumidas foram: sistema cardiovascular (48,1%), sistema nervoso (16,9%), trato alimentar e metabolismo (14,7%), sangue e órgãos formadores de sangue (9,2%), sistema musculoesquelético (3,5%), sistema respiratório (3%), sistema hormonal (2,4%), sistema geniturinário e hormônios sexuais (1,4%) e órgãos sensoriais (0,8%).

O alto consumo de medicamentos tem influência direta na qualidade de vida dos idosos. Virtuoso e colaboradores <sup>7</sup> relataram que 64,8% dos idosos atribuem ao alto valor gasto com os medicamentos como a grande dificuldade ao acesso a saúde. Esse problema ainda se agrava quando o idoso faz uso de polimedicação, que pode ser conceituada como o uso de vários medicamentos de forma concomitante <sup>41</sup>.

Muitos idosos fazem uso de polimedicação. Segundo Santos e colaboradores <sup>42</sup>, a prevalência de polimedicação encontrada em seu estudo foi de 26,4%. A polimedicação traz muitos riscos para os indivíduos, como visto por Galato, Silva e Tiburcio <sup>40</sup>, que encontraram uma prevalência de 16,5% de pessoas que apresentaram risco de possuir problemas relacionados ao uso dos medicamentos.

A polimedicação aumenta as chances do indivíduo de consumir medicamento potencialmente impróprio. Lima e colaboradores <sup>43</sup> encontraram uma prevalência de 82,6% de idosos que estavam tomando pelo menos um medicamento potencialmente impróprio entre todos que tomavam medicamentos diariamente.

O uso de polimedicação é um fato comum entre a população idosa, visto que estes indivíduos normalmente possuem muitas doenças crônicas e são tratados por vários profissionais diferentes. Mas essa prática pode trazer muitos problemas, como custo elevado de saúde, efeitos adversos, não adesão ao tratamento, diminuição do estado funcional, entre outros <sup>44</sup>.

Outro fator complicador para a população idosa é a prática da automedicação, que de acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) <sup>45</sup>, pode ser definida como a utilização de medicamentos por conta própria ou por indicação de pessoas não habilitadas, que normalmente baseiam-se somente nos sintomas que são percebidos pelo usuário, sem a avaliação prévia de um profissional de saúde.

O Brasil é campeão em automedicação, pois grande parte da população prefere efetuar essa prática, que é muito mais cômoda, e possui menor custo do que marcar uma consulta médica para receber uma prescrição. Contudo, se esquecem ou não sabem dos riscos que essa prática proporciona, pois muitos medicamentos são utilizados de maneira incorreta ou para enfermidades erradas. Ainda há complicações por mascaramento da doença <sup>46</sup>. A prática da automedicação é menos frequente na população idosa, contudo, também ocorre. Bortolon e colaboradores <sup>47</sup> encontraram uma prevalência de 30,8% na população estudada. Esse valor foi similar ao encontrado em estudo recente realizado por Santos e colaboradores <sup>42</sup>, que encontraram uma prevalência de 35,7%.

Devido a todos esses problemas que afligem a população idosa, a busca por alternativas que auxiliem na diminuição do uso de medicamentos deve ser uma constante. Ziv e colaboradores <sup>48</sup> conseguiram uma redução de 70% no uso de medicamentos em seu trabalho, utilizando dieta de arroz integral, atividade física, atividade de relaxamento, Yoga e gestão do estresse.

De acordo com Silva e colaboradores <sup>11</sup>, o nível de atividade física está inversamente associado ao uso de medicamentos, pois em seu estudo, quanto maior era o nível de atividade física, menor era o consumo de medicamentos. Este estudo foi um pioneiro no assunto, contudo, sua amostra foi composta por idosos

que frequentavam um programa regular de exercícios físicos, ou seja, a amostra não pode ser considerada uma parcela representativa da sociedade, visto que a maioria dos estudos que analisam as atividades físicas diárias dos idosos, identificam que a grande maioria deles não participa de atividades que envolvam exercícios físicos regulares<sup>23-26</sup>.

### **1.1.5 Qualidade de vida na população idosa**

Um assunto importante e que, portanto, deve ser considerado é a qualidade de vida (QV) dos idosos, principalmente quando se sabe que a população idosa cresce a cada dia, e não basta apenas viver mais, é necessário viver bem. Em abril de 2002, a Organização das Nações Unidas (ONU), realizou em Madri a Assembleia Mundial do Envelhecimento Humano, na qual foi proposta uma diretriz que focasse o envelhecimento ativo como prioridade para o século XXI<sup>49</sup>. Essa proposta é reforçada por Virtuoso e colaboradores<sup>7</sup>, que destacaram a importância de desenvolver opções não medicamentosas, diminuindo significativamente os problemas dos idosos, e indiretamente auxiliando o sistema de saúde.

Pensando em solucionar esse problema, o Ministério da Saúde<sup>15</sup> criou em 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que tem por finalidade direcionar ações que visam a manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa. Dentre as principais ações, podemos destacar a promoção do envelhecimento ativo.

De acordo com Vicente e Santos<sup>8</sup>, 90,9% da população pesquisada em seu estudo participava ativamente na comunidade e realizava algum tipo de trabalho não remunerado. Os autores atribuem esta constatação da pesquisa ao envelhecimento ativo oportunizado pelos comportamentos e o contexto social.

Boas condições de saúde estão intimamente ligadas a melhor qualidade de vida, pois quanto maior a quantidade de morbidades, menor o índice de qualidade de vida<sup>6</sup>. Uma ferramenta foi desenvolvida pelo grupo The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)<sup>50</sup> para avaliar a qualidade de vida da população idosa, é o WHOQOL OLD, que foi validado para o Brasil em 2006 por Fleck e colaboradores<sup>51</sup>. Consiste em um instrumento com 24 itens e 6 facetas, validado no Brasil específico para a população idosa. Seus escores variam de 0 a 100, sendo que quanto maior o escore melhor é a qualidade de vida<sup>52, 53</sup>.

É importante identificar quais os fatores relacionados aos hábitos de vida que podem influenciar na QV dos idosos. Dentre vários fatores, podemos destacar a influência do alcoolismo e do tabagismo. Segundo Frischknecht e colaboradores<sup>54</sup>, não possuir o hábito de ingerir bebidas alcoólicas está associado com melhora na QV. Zaitune e colaboradores<sup>55</sup> realizaram um estudo transversal com 1954 idosos residentes no Estado de São Paulo e constataram associação entre o tabagismo e baixo nível de atividade física, estresse e ansiedade, destacando a importância de desenvolver estratégias para combater o tabagismo, visto que pode ser um importante fator relacionado ao uso de medicamentos e a QV.

Existem vários instrumentos para detecção de problemas relacionados ao uso do álcool e do fumo. Um dos instrumentos mais utilizado nas pesquisas científicas para detecção de problemas com o uso de álcool é o CAGE (acrônimo referente às suas quatro perguntas - *Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener*), que foi validado para o Brasil em 1983 por Masur e Monteiro<sup>56</sup>. O CAGE consiste em um questionário composto por quatro perguntas, que possui como ponto de corte duas questões afirmativas, indicando que a pessoa avaliada possui dependência do uso de álcool. Em relação ao tabagismo, um questionário que se destaca na avaliação de fumantes é o Questionário de Tolerância de Fagertröm (QTF), que foi avaliado e classificado como confiável para avaliação de fumantes em diferentes populações. Consiste em um questionário composto por seis questões, que possui classificações para o nível de dependência conforme os pontos de corte a seguir: 0 a 2 pontos = muito fraco; 3 a 4 pontos = baixo; 5 pontos = médio; 6 a 7 pontos = elevado e 8 a 10 pontos = muito elevado<sup>57</sup>.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Verificar se há associação entre o nível de atividade física e uso de medicamentos, qualidade de vida e variáveis relacionadas à saúde em idosas cadastradas nos programas da Fundação Municipal de Desenvolvimento Social do município de Tubarão (SC).

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os dados sociodemográficos, antropométricos e a situação clínica na população em estudo;
- Classificar o nível de atividade física, qualidade de vida e depressão na população em estudo através do QBMI, WHOQOL-OLD e EDG-15, respectivamente;
- Classificar o uso de medicamentos conforme a *Anatomical Therapeutic Chemical*, primeiro nível de classificação;
- Avaliar fatores associados ao nível de atividade física, tais como: fatores sociodemográficos, antropométricos, situação de saúde, uso de medicamentos e qualidade de vida.

### 3. MÉTODOS

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado estudo transversal.

#### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na cidade de Tubarão (SC). Segundo o IBGE <sup>58</sup>, a população do município em 2010 era de 97.235 habitantes, e a população estimada para 2014 é de 102.087, distribuídos numa área de 301.755 km<sup>2</sup>. A cidade de Tubarão fica localizada ao Sul do Estado de Santa Catarina e em 2010 possuía 12.017 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, das quais 6.869 eram mulheres.

#### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta por idosos, do sexo feminino da cidade de Tubarão (SC), com idade igual ou superior a 60 anos, não institucionalizados, que estavam cadastradas na Fundação Municipal de Desenvolvimento Social (FMDS) de Tubarão. Em 2015, a FMDS possuía cerca de 800 idosos cadastrados, moradores de 21 bairros do município, distribuídos em 25 grupos, que se reuniam semanalmente para realização de atividades culturais e sociais, sendo considerada uma amostra com boa representatividade da população idosa do município, devido a quantidade de bairros e a diversidade de atividades realizadas nos grupos.

A amostra foi realizada por censo, contudo, realizou-se cálculo amostral para garantir o número mínimo de pessoas que deveriam compor a amostra, para isso, utilizou-se o programa OpenEpi e, para o cálculo estatístico, utilizou-se uma prevalência desconhecida de 50% de idosos que utilizavam medicamentos para maximizar o tamanho da amostra, perfazendo um total de 260 indivíduos. Optou-se por adicionar somente indivíduos do sexo feminino na pesquisa pelo fato de haver pouca participação masculina no programa.

#### 3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídas no estudo as mulheres com 60 anos ou mais, residentes no Município de Tubarão (SC), não institucionalizadas, que participavam dos encontros de idosos da FMDS, que possuíam capacidade para entender os questionários, e que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A).

Foram excluídas do estudo as mulheres que não completaram todas as etapas do estudo.

### 3.5 MÉTODOS DE COLETA DE DADOS

Inicialmente, foi realizado contato formal com a FMDS do Município de Tubarão, para definir todo o processo que envolveria a pesquisa e realizar a assinatura do termo de ciência entre as instituições. Posteriormente, foi realizada uma apresentação formal do pesquisador a todos os grupos de idosos. Nesta apresentação o pesquisador realizou uma explanação geral sobre a pesquisa.

Para a coleta de dados foram utilizados questionários com questões validadas como instrumentos além de questões elaboradas pelos autores para identificação e situação clínica (APÊNDICE B). Foi solicitado a todos os participantes que levassem as receitas e caixas de todos os medicamentos utilizados no mês anterior a entrevista para registro. Este dado foi utilizado para identificação dos medicamentos consumidos, bem como possibilitaram a classificação do indivíduo em relação a quantidade de medicamentos consumidos. Foram classificados como polimedicação os indivíduos que utilizavam cinco ou mais medicamentos de maneira concomitante <sup>59</sup>. Após a identificação, os medicamentos foram classificados de acordo com o primeiro nível da *Anatomical Therapeutic Chemical Index (ATC/DDD Index)*, desenvolvido pelo *World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology* <sup>60</sup>. Nesta classificação, é considerado o órgão ou sistema sobre o qual o medicamento atua, além de suas propriedades terapêuticas e farmacológicas.

Foram realizadas avaliações antropométricas. O peso foi aferido por balança digital da marca Tanita® modelo BF 680, com capacidade para 150 kg e sensibilidade de 100g. A estatura foi aferida com estadiômetro da marca Tonelli®, graduado em milímetros. A estatura foi verificada na ortostática utilizando como referência o plano de Frankfurt. As circunferências de cintura e quadril foram

aferidas por fita métrica antropométrica da marca Cardiomed®. Todos os instrumentos eram calibrados e possuíam o selo de qualidade fornecido pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO). O Índice de Massa Corporal (IMC), foi obtido pelo cálculo da razão entre o peso e a estatura ao quadrado ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). O ponto de corte utilizado para o IMC foi proposto por Lipschitz <sup>61</sup>, o qual considera abaixo do peso o valor de IMC inferior a  $22\text{kg}/\text{m}^2$  e acima do peso o valor de IMC superior a  $27\text{kg}/\text{m}^2$ .

O Índice de Relação de Cintura/Quadril (IRCQ), foi obtido pela divisão da circunferência da cintura pela circunferência do quadril (C/Q). O ponto de corte utilizado para o IRCQ foi proposto por Lohman, Roche e Martorell <sup>62</sup>, o qual considera baixo risco valores inferiores a 0,76, risco moderado valores de 0,76 até 0,85, risco alto valores de 0,85 até 0,90, risco muito alto valores maiores que 0,90.

Todas as avaliações antropométricas foram realizadas utilizando técnicas convencionais descritas por Pollock e colaboradores <sup>63</sup>. Para realizar as avaliações antropométricas, as idosas deveriam estar de bexiga vazia e trajando roupas leves. Nas últimas 24 horas não deveriam realizar exercícios físicos, ingerir bebidas alcoólicas e fumar. A composição corporal foi obtida por bioimpedância elétrica, utilizando o aparelho BC 601, da marca Tanita®. O exame de bioimpedância elétrica foi realizado conforme as recomendações do fabricante. O ponto de corte utilizado para classificação do percentual de gordura corporal ideal para idosas foi 26%, conforme determinação do *American College Of Sports Medicine* <sup>64</sup>.

Para avaliação do nível de depressão foi utilizado a EDG-15, utilizando os pontos de corte propostos por Paradela e colaboradores <sup>19</sup>, o qual considera não depressivo o indivíduo que obtém pontuação inferior a seis e com depressão maior o indivíduo que obtém pontuação igual ou superior a seis.

O nível de atividade física foi avaliado através do QBMI, utilizando o trabalho de Bink e colaboradores <sup>65</sup> para definir os códigos de intensidade das atividades. Os participantes do estudo foram classificados em dois grupos de acordo com o nível de atividade física. Foram classificados como sedentários os indivíduos que obtiveram pontuação inferior a nove e classificados como ativos os indivíduos que obtiveram pontuação igual ou superior a nove.

Mediante contato prévio com a FMDS da cidade de Tubarão (SC), os pesquisadores realizaram o convite a todas as idosas participantes dos grupos de idosos, e a anuência foi dada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido. Neste contato, os pesquisadores esclareceram todas as dúvidas dos participantes do estudo.

Para a coleta de dados, foi formada uma equipe de profissionais e acadêmicos da área da saúde. Todos os membros da equipe passaram por treinamento ministrado pelo pesquisador responsável. Para calibração e padronização dos avaliadores, foi efetuada uma aplicação prévia com 10% da população da amostra.

### 3.6 VARIÁVEIS

As variáveis dependentes do estudo são atividade física, uso de medicamentos, qualidade de vida e quantidade de medicamentos utilizados. As variáveis independentes são variáveis sociodemográficas, variáveis de identificação e situação clínica, variáveis antropométricas, variáveis relacionadas ao uso de medicamentos e a qualidade de vida.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISUL, em respeito à Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, número CAAE 39400914.9.0000.5369 e parecer número 909.600 (ANEXO A). Os dados de identificação dos sujeitos foram mantidos em sigilo. Todos os participantes convidados deram o aceite mediante a anuência do termo de consentimento que explica os propósitos e procedimentos do estudo (APÊNDICE A).

### 3.8 MÉTODOS DE PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram inseridos no programa Epidata versão 3.1 (EpiData Association, Odense, Denmark) e exportados para análise estatística no software Statistical Product and Service Solutions (SPSS) for Windows versão 21.0 (IBM SPSS Statistics, Chicago, IL, USA).

As variáveis quantitativas foram descritas com medidas de tendência central e dispersão. Variáveis qualitativas foram descritas em números absolutos e proporções.

Para verificar a normalidade dos dados, utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov. Para verificar-se associação entre o nível de atividade física e as variáveis de interesse, foram aplicados testes de qui-quadrado de Pearson, teste exato de Fisher, teste U de Mann-Whitney e teste de regressão de Poisson com estimador robusto.

Foram calculadas razões de prevalência, com intervalos de confiança de 95% e erro  $\alpha = 5\%$ . As variáveis que possuíram valor de  $p < 0,20$  foram submetidas à análise ajustada. Para verificar a correlação entre as variáveis de interesse, foi utilizado o teste de correlação de Spearman's. Valores de  $p < 0,05$  serão adotados para verificar associação entre as variáveis.

#### 4. RESULTADOS

A amostra foi composta por todas as idosas que se encontravam presentes nas reuniões dos grupos de idosos da FMDS do município de Tubarão (SC) nos dias da coleta de dados, formando uma amostra inicial de 333 idosas. O número de idosos que participaram ativamente nos grupos é inferior ao número de idosos cadastrados na FMDS. A coleta de dados foi realizada no período de abril a junho de 2015. Das 333 participantes, 27 foram excluídas por não completarem todas as etapas do estudo, resultando em uma amostra final de 306 idosas, com média de idade de 71,9 anos (DP=6,9). Analisando o nível de atividade física, utilizando os critérios estabelecidos pelo QBMI <sup>38</sup>, 214 (69,9%) foram classificadas como sedentárias e 92 (30,1%) foram classificadas como ativas.

A Tabela 1 apresenta as frequências absoluta e relativa dos dados sociodemográficos da população estudada de acordo com o nível de atividade física.

Tabela 1 – Descrição dos participantes do estudo segundo os dados sociodemográficos de acordo com o nível de atividade física. (n=306).

**(continua)**

Variáveis sociodemográficas	Total (n=306) n (%)	Classificação do nível de atividade física		Valor de P
		Sedentárias (n=214) n (%)	Ativas (n=92) n (%)	
<b>Idade (anos)</b>				
60 - 69	130 (42,5)	82 (38,3)	48 (52,2)	0,011*
70 - 79	126 (41,2)	89 (41,6)	37 (40,2)	
≥ 80	50 (16,3)	43 (20,1)	7 (7,6)	
<b>Cor</b>				
Caucasiano	277 (90,5)	197 (92,1)	80 (87,0)	0,163*
Não Caucasiano	29 (9,5)	17 (7,9)	12 (13,0)	
<b>Situação conjugal</b>				
Sem companheiro	182 (59,5)	126 (58,9)	56 (60,9)	0,745*
Com companheiro	124 (40,5)	88 (41,1)	36 (39,1)	
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>				
Analfabetas	29 (9,5)	24 (11,2)	5 (5,4)	0,552**
1 - 4	229 (74,8)	155 (72,4)	74 (80,4)	
5 - 8	32 (10,5)	25 (11,7)	7 (7,6)	
≥ 9	16 (5,2)	10 (4,7)	6 (6,5)	

\* Teste qui-quadrado de Pearson.

\*\* Teste não paramétrico U de Mann-Whitney.

Tabela 1 – Descrição dos participantes do estudo segundo os dados sociodemográficos de acordo com o nível de atividade física. (n=306).

**(conclusão)**

Variáveis sociodemográficas	Total (n=306) n (%)	Classificação do nível de atividade física		Valor de P
		Sedentárias (n=214) n (%)	Ativas (n=92) n (%)	
		<b>Situação de trabalho</b>		
Do lar/desempregada	37 (12,1)	28 (13,1)	9 (9,8)	0,417*
Aposentada/pensionista	269 (87,9)	186 (86,9)	83 (90,2)	
<b>Mora só</b>				
Sim	95 (31,0)	66 (30,8)	29 (31,5)	0,906*
não	211 (69,0)	148 (69,2)	63 (68,5)	
<b>Álcool</b>				
Ingere ou Ingeriu	61 (19,9)	45 (21,0)	16 (17,4)	0,465*
Nunca ingeriu	245 (80,1)	169 (79,0)	76 (82,6)	
<b>Tabagismo</b>				
Fuma ou já fumou 100 cigarros ou mais	42 (13,7)	30 (14,0)	12 (13,0)	0,820*
Nunca fumou 100 cigarros	264 (86,3)	184 (86,0)	80 (87,0)	

\* Teste qui-quadrado de Pearson.

\*\* Teste não paramétrico U de Mann-Whitney.

Sobre as características sociodemográficas dos participantes do estudo, em relação ao nível de atividade física, verificou-se diferença estatisticamente significativa entre ativas e sedentárias apenas na classificação de idade ( $p < 0,05$ ), com predominância de idosas com idades entre 60 e 69 anos no grupo das idosas ativas e predominância de idosas com idades superiores a 79 anos no grupo das idosas sedentárias.

A Tabela 2 apresenta as características antropométricas dos participantes do estudo de acordo com o nível de atividade física.

Tabela 2 – Características antropométricas dos participantes do estudo (média e desvio padrão) de acordo com o nível de atividade física. (n=306).

**(continua)**

Variáveis antropométricas	Total Média (DP)	Classificação do nível de atividade física		Valor de P*
		Sedentárias (n=214) Média (DP)	Ativas (n=92) Média (DP)	
		<b>Peso (kg)</b>	69,2 (13,05)	
<b>Estatura (mts)</b>	1,52 (0,06)	1,52 (0,07)	1,53 (0,06)	

\* Teste não paramétrico U de Mann-Whitney.

IMC: índice de massa corporal; IRCQ: índice de relação entre cintura e quadril.

Tabela 2 – Características antropométricas dos participantes do estudo (média e desvio padrão) de acordo com o nível de atividade física. (n=306).

Variáveis antropométricas	Total Média (DP)	Classificação do nível de atividade física		Valor de P*
		Sedentárias (n=214) Média (DP)	Ativas (n=92) Média (DP)	
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	29,76 (4,72)	29,68 (4,79)	29,95 (4,57)	0,689
<b>IRCQ (cm)</b>	0,90 (0,06)	0,91 (0,06)	0,90 (0,06)	0,150
<b>Gordura corporal (%)</b>	43,26 (4,76)	43,56 (4,56)	42,56 (5,14)	0,131

\* Teste não paramétrico U de Mann-Whitney.

IMC: índice de massa corporal; IRCQ: índice de relação entre cintura e quadril.

Com relação ao nível de atividade física, as variáveis antropométricas não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre ativas e sedentárias.

A Tabela 3 apresenta a descrição dos participantes do estudo segundo os dados de saúde, de acordo com o nível de atividade física.

Tabela 3 – Descrição dos participantes do estudo segundo os dados de saúde, de acordo com o nível de atividade física. (n=306).

Variáveis de saúde	Total (n=306) n (%)	Classificação do nível de atividade física		Valor de P
		Sedentárias (n=214) n (%)	Ativas (n=92) n (%)	
<b>Usa medicamento</b>				
Sim	302 (98,7)	213 (99,5)	89 (96,7)	0,083**
Não	4 (1,3)	1 (0,5)	3 (3,3)	
<b>Polimedicação</b>				
Sim	134 (43,8)	100 (46,7)	34 (37,0)	0,114*
Não	172 (56,2)	114 (53,3)	58 (63,0)	
<b>Possui alguma doença</b>				
Sim	294 (96,1)	209 (97,7)	85 (92,4)	0,029*
Não	12 (3,9)	5 (2,3)	7 (7,6)	
<b>Já teve alguma fratura</b>				
Sim	66 (21,6)	47 (22,0)	19 (20,7)	0,798*
Não	240 (78,4)	167 (78,0)	73 (79,3)	
<b>Atendimento médico</b>				
Paga particular	133 (43,5)	96 (44,9)	37 (40,2)	0,453*
Usa o SUS	173 (56,5)	118 (55,1)	55 (59,8)	
<b>Consultas ano anterior</b>				
≤ 3	164 (53,6)	107 (50,0)	57 (62,0)	0,054*
> 3	142 (46,4)	107 (50,0)	35 (38,0)	

\* Teste qui-quadrado de Pearson.

\*\* Teste exato de Fisher.

Tabela 3 – Descrição dos participantes do estudo segundo os dados de saúde, de acordo com o nível de atividade física. (n=306).

Variáveis de saúde	Total (n=306) n (%)	Classificação do nível de atividade física		Valor de P
		Sedentárias (n=214) n (%)	Ativas (n=92) n (%)	
		<b>(conclusão)</b>		
<b>Foi internada nos últimos seis meses</b>				
Sim	13 (4,2)	12 (5,6)	1 (1,1)	0,059**
Não	293 (95,8)	202 (94,4)	91 (98,9)	

\* Teste qui-quadrado de Pearson.

\*\* Teste exato de Fisher.

Quando comparados os dados de saúde dos participantes do estudo, com relação ao nível de atividade física, verificou-se diferença estatisticamente significativa entre ativas e sedentárias apenas na variável possui alguma doença ( $p < 0,05$ ), com maior porcentagem de idosas sedentárias com doenças.

A Tabela 4 apresenta os dados de morbidades referidas pelos participantes do estudo, de acordo com o nível de atividade física.

Tabela 4 – Morbidade referida pelos participantes do estudo de acordo com o nível de atividade física. (n=306).

Doenças	Total (n=306) n (%)	Classificação do nível de atividade física		Valor de P
		Sedentárias (n=214) n (%)	Ativas (n=92) n (%)	
		<b>(continua)</b>		
<b>Obesidade</b>				
Sim	66 (21,6)	49 (22,9)	17 (18,5)	0,389*
Não	240 (78,4)	165 (77,1)	75 (81,5)	
<b>Hipertensão</b>				
Sim	225 (73,5)	160 (74,8)	65 (70,7)	0,454*
Não	81 (26,5)	54 (25,2)	27 (29,3)	
<b>Diabetes</b>				
Sim	87 (28,4)	70 (32,7)	17 (18,5)	0,011*
Não	219 (71,6)	144 (67,3)	75 (81,5)	
<b>Hipercolesterolemia</b>				
Sim	163 (53,3)	123 (57,5)	40 (43,5)	0,024*
Não	143 (46,7)	91 (42,5)	52 (56,5)	

\* Teste qui-quadrado de Pearson.

\*\* Teste exato de Fisher.

Tabela 4 – Morbidade referida pelos participantes do estudo de acordo com o nível de atividade física. (n=306).

Doenças	Total (n=306) n (%)	Classificação do nível de atividade física		Valor de P
		Sedentárias (n=214) n (%)	Ativas (n=92) n (%)	
<b>Reumatismo, artrite, gota ou lúpus</b>				
Sim	121 (39,5)	91 (42,5)	30 (32,6)	0,104*
Não	185 (60,5)	123 (57,5)	62 (67,4)	
<b>Osteoporose</b>				
Sim	141 (46,1)	109 (50,9)	32 (34,8)	0,009*
Não	165 (53,9)	105 (49,1)	60 (65,2)	
<b>Derrame cerebral</b>				
Sim	12 (3,9)	9 (4,2)	3 (3,3)	0,489**
Não	294 (96,1)	205 (95,8)	89 (96,7)	
<b>Infarto</b>				
Sim	23 (7,5)	14 (6,5)	9 (9,8)	0,324*
Não	283 (92,5)	200 (93,5)	83 (90,2)	
<b>Insuficiência cardíaca</b>				
Sim	32 (10,5)	29 (13,6)	3 (3,3)	0,004**
Não	274 (89,5)	185 (86,4)	89 (96,7)	
<b>Angina</b>				
Sim	51 (16,7)	43 (20,1)	8 (8,7)	0,014*
Não	255 (83,3)	171 (79,9)	84 (91,3)	
<b>Outras doenças</b>				
Sim	64 (20,9)	46 (21,5)	18 (19,6)	0,703*
Não	242 (79,1)	168 (78,5)	74 (80,4)	

\* Teste qui-quadrado de Pearson.

\*\* Teste exato de Fisher.

Comparando-se os dados de morbididade dos participantes com relação ao nível de atividade física, verificou-se diferença estatisticamente significativa entre ativas e sedentárias nas variáveis "diabetes", "hipercolesterolemia", "osteoporose", "insuficiência cardíaca" e, "angina" ( $p < 0,05$ ), com predominância de idosas com morbidades no grupo das idosas sedentárias em todas as variáveis.

A Tabela 5 apresenta os dados de procedimentos de saúde referidos pelos participantes do estudo, de acordo com o nível de atividade física.

Tabela 5 – Procedimentos de saúde referidos pelos participantes do estudo de acordo com o nível de atividade física. (n=306).

Procedimentos	Total (n=306) n (%)	Classificação do nível de atividade física		Valor de P
		Sedentárias (n=214) n (%)	Ativas (n=92) n (%)	
<b>Cateterismo cardíaco</b>				
Sim	55 (18,0)	37 (17,3)	18 (19,6)	0,635*
Não	251 (82,0)	177 (82,7)	74 (80,4)	
<b>Angioplastia/stent</b>				
Sim	16 (5,2)	10 (4,7)	6 (6,5)	0,505*
Não	290 (94,8)	204 (95,3)	86 (93,5)	
<b>Ponte de safena/mamária</b>				
Sim	8 (2,6)	6 (2,8)	2 (2,2)	0,550**
Não	298 (97,4)	208 (97,2)	90 (97,8)	
<b>Exame de densitometria óssea</b>				
Sim	128 (41,8)	92 (43,0)	36 (39,1)	0,530*
Não	178 (58,2)	122 (57,0)	56 (60,9)	
<b>Outros procedimentos</b>				
Sim	10 (3,3)	8 (3,7)	2 (2,2)	0,729**
Não	296 (96,7)	206 (96,3)	90 (97,8)	

\* Teste qui-quadrado de Pearson.

\*\* Teste exato de Fisher.

Quando comparadas idosas ativas e sedentárias com relação a realização de procedimentos de saúde, não houve diferença estatisticamente significativa entre as variáveis analisadas.

A Tabela 6 apresenta os escores de qualidade de vida dos participantes do estudo avaliados pelo Whoqol old<sup>50</sup>, de acordo com o nível de atividade física.

Tabela 6 – Escores de qualidade de vida dos participantes do estudo (média e desvio padrão) de acordo com o nível de atividade física. (n=306).

Escores	Total Média (DP)	Classificação do nível de atividade física		Valor de P*
		Sedentárias (n=214)	Ativas (n=92)	
		Média (DP)	Média (DP)	
<b>Escore geral</b>	73,67 (11,13)	71,85 (10,76)	77,91 (10,87)	<0,001
<b>Funcionamento sensorio</b>	73,08 (19,53)	69,77 (19,94)	80,77 (16,21)	<0,001
<b>Autonomia</b>	74,70 (16,45)	72,46 (16,51)	79,89 (15,19)	<0,001
<b>Atividades passadas, presentes e futuras</b>	74,67 (16,55)	72,58 (15,97)	79,55 (16,94)	<0,001
<b>Participação social</b>	75,10 (15,81)	73,13 (15,10)	79,69 (16,56)	<0,001
<b>Morte e morrer</b>	71,51 (23,72)	70,30 (24,44)	74,32 (21,84)	0,117

\* Teste não paramétrico U de Mann-Whitney.

(continua)

Tabela 6 – Escores de qualidade de vida dos participantes do estudo (média e desvio padrão) de acordo com o nível de atividade física. (n=306).

Escore	Total Média (DP)	Classificação do nível de atividade física		Valor de P*
		Sedentárias (n=214) Média (DP)	Ativas (n=92) Média (DP)	
		<b>Intimidade</b>	78,35 (18,90)	

(conclusão)

\* Teste não paramétrico U de Mann-Whitney.

Analisando a qualidade de vida, as únicas variáveis que não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre ativas e sedentárias foram as variáveis "morte e morrer" e, "intimidade" ( $p > 0,05$ ), todas as demais variáveis apresentaram significância ( $p < 0,05$ ).

A Tabela 7 apresenta o perfil do uso de medicamentos utilizados pelos participantes do estudo conforme primeiro nível de classificação ATC, de acordo com o nível de atividade física.

Tabela 7 – Perfil do uso de medicamentos utilizados pelos participantes do estudo conforme primeiro nível de classificação ATC de acordo com o nível de atividade física. (n=306).

Classificação ATC	Total (n=306) n (%)	Classificação do nível de atividade física		Valor de P
		Sedentárias (n=214) n (%)	Ativas (n=92) n (%)	
		<b>C - Sistema cardiovascular</b>		
Sim	261 (85,3)	185 (86,4)	76 (82,6)	0,384*
Não	45 (14,7)	29 (13,6)	16 (17,4)	
<b>N - Sistema nervoso</b>				
Sim	201 (65,7)	145 (67,8)	56 (60,9)	0,245*
Não	105 (34,3)	69 (32,2)	36 (39,1)	
<b>A - Trato alimentar e metabólico</b>				
Sim	185 (60,5)	139 (65,0)	46 (50,0)	0,014*
Não	121 (39,5)	75 (35,0)	46 (50,0)	
<b>B - Sangue e órgãos formadores de sangue</b>				
Sim	97 (31,7)	72 (33,6)	25 (27,2)	0,265*
Não	209 (68,3)	142 (66,4)	67 (72,8)	

\* Teste qui-quadrado de Pearson.

\*\* Teste exato de Fisher.

(continua)

Tabela 7 – Perfil do uso de medicamentos utilizados pelos participantes do estudo conforme primeiro nível de classificação ATC de acordo com o nível de atividade física. (n=306).

Classificação ATC	Total (n=306) n (%)	Classificação do nível de atividade física		Valor de P
		Sedentárias (n=214) n (%)	Ativas (n=92) n (%)	
		(conclusão)		
<b>M - Agentes do sistema musculoesquelético</b>				
Sim	90 (29,4)	66 (30,8)	24 (26,1)	0,403*
Não	216 (70,6)	148 (69,2)	68 (73,9)	
<b>H - Preparações hormonais sistêmicas</b>				
Sim	45 (14,7)	35 (16,4)	10 (10,9)	0,214*
Não	261 (85,3)	179 (83,6)	82 (89,1)	
<b>R - Sistema respiratório</b>				
Sim	22 (7,2)	15 (7,0)	7 (7,6)	0,852*
Não	284 (92,8)	199 (93,0)	85 (92,4)	
<b>S - Órgãos sensoriais</b>				
Sim	6 (2,0)	5 (2,3)	1 (1,1)	0,417**
Não	300 (98,0)	209 (97,7)	91 (98,9)	
<b>G - Sistema geniturinário e hormônios sexuais</b>				
Sim	5 (1,6)	2 (0,9)	3 (3,3)	0,162**
Não	301 (98,4)	212 (99,1)	89 (96,7)	
<b>J - Anti-infecciosos gerais para uso sistêmico</b>				
Sim	2 (0,7)	2 (0,9)	0 (0,0)	0,488**
Não	304 (99,3)	212 (99,1)	92 (100,0)	
<b>L - Agentes antineoplásicos e imunomoduladores</b>				
Sim	2 (0,7)	2 (0,9)	0 (0,0)	0,488**
Não	304 (99,3)	212 (99,1)	92 (100,0)	
<b>D - Agentes dermatológicos</b>				
Sim	1 (0,3)	1 (0,5)	0 (0,0)	0,699**
Não	305 (99,7)	213 (99,5)	92 (100,0)	

\* Teste qui-quadrado de Pearson.

\*\* Teste exato de Fisher.

Sobre o perfil do uso de medicamentos utilizados pelos participantes do estudo conforme primeiro nível de classificação ATC, verificou-se a prevalência de consumo de pelo menos um medicamento por 302 idosas (98,7%), sendo que 85,3% das idosas utilizavam algum medicamento para o sistema cardiovascular. Quando comparadas ativas e sedentárias com as classes de medicamentos, verificou-se diferença estatisticamente significativa apenas em idosas que utilizavam medicamento para o trato alimentar e metabólico ( $p < 0,05$ ), com predominância de uso pelas idosas sedentárias.

A Tabela 8 apresenta a quantidade total de medicamentos utilizados pelos participantes do estudo conforme primeiro nível de classificação ATC, de acordo com o nível de atividade física.

Tabela 8 – Quantidade total de medicamentos utilizados pelos participantes do estudo conforme primeiro nível de classificação ATC de acordo com o nível de atividade física. (n=1632).

Classificação ATC	Total de Medicamentos (n=1632) N (%)	Classificação do nível de atividade física		Valor de P*
		Sedentárias (n=1202) n (%)	Ativas (n=430) n (%)	
<b>C - Sistema cardiovascular</b>	659 (40,4)	469 (39,0)	190 (44,2)	0,445
<b>N - Sistema nervoso</b>	367 (22,5)	275 (22,9)	92 (21,4)	0,099
<b>A - Trato alimentar e metabólico</b>	288 (17,7)	225 (18,7)	63 (14,7)	0,003
<b>B - Sangue e órgãos formadores de sangue</b>	113 (6,9)	85 (7,1)	28 (6,5)	0,239
<b>M - Agentes do sistema musculoesquelético</b>	112 (6,9)	80 (4,9)	32 (7,4)	0,406
<b>H - Preparações hormonais sistêmicas</b>	48 (2,9)	36 (3,0)	12 (2,8)	0,242
<b>R - Sistema respiratório</b>	28 (1,7)	20 (1,7)	8 (1,9)	0,870
<b>S - Órgãos sensoriais</b>	7 (0,4)	5 (0,4)	2 (0,5)	0,480
<b>G - Sistema geniturinário e hormônios sexuais</b>	5 (0,3)	2 (0,2)	3 (0,7)	0,142
<b>J - Anti-infecciosos gerais para uso sistêmico</b>	2 (0,1)	2 (0,2)	0 (0,0)	0,353
<b>L - Agentes antineoplásicos e imunomoduladores</b>	2 (0,1)	2 (0,2)	0 (0,0)	0,353
<b>D - Agentes dermatológicos</b>	1 (0,05)	1 (0,1)	0 (0,0)	0,512

\* Teste não paramétrico U de Mann-Whitney.

Foram utilizados pelos participantes deste estudo 1.632 medicamentos, com média de 5,33 medicamentos por pessoa. Quando separou-se idosas ativas e sedentárias, encontrou-se média de 5,62 medicamentos por pessoa no grupo das idosas sedentárias e média de 4,67 medicamentos por pessoa no grupo das idosas ativas. Comparando-se as diferenças entre idosas ativas e sedentárias com relação a quantidade de medicamentos utilizados, encontrou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $p < 0,05$ ). Sobre a quantidade total de medicamentos utilizados pelos participantes do estudo conforme primeiro nível de classificação ATC, verificou-se maior porcentagem de medicamentos voltados para o sistema

cardiovascular (40,4%), seguidos por medicamentos voltados para o sistema nervoso e trato alimentar e metabólico (22,5% e 17,7%), respectivamente.

Dos 1.632 medicamentos consumidos, 1.542 (94,5%) foram prescritos por médicos. Em relação ao nível de atividade física, verificou-se que 95% dos 1.202 medicamentos consumidos pelo grupo das idosas sedentárias foi prescrito, já no grupo das idosas ativas, 93% dos 430 medicamentos consumidos foram prescritos, mostrando diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $p < 0,05$ ).

Quando comparadas as diferenças entre ativas e sedentárias com relação a classificação ATC, apenas os medicamentos voltados para o trato alimentar e metabólico apresentaram diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ), com predominância de medicamentos utilizados pelas idosas sedentárias.

A Tabela 9 apresenta as classificações de IMC (índice de massa corporal), IRCQ (índice de relação entre cintura e quadril), gordura corporal, depressão e qualidade de vida dos participantes do estudo de acordo com o nível de atividade física.

Tabela 9 – Classificações de IMC, IRCQ, gordura corporal, depressão e qualidade de vida dos participantes do estudo de acordo com o nível de atividade física.

Descrição	Total (n=306) n (%)	Classificação do nível de atividade física		Valor de P
		Sedentárias (n=214) n (%)	Ativas (n=92) n (%)	
<b>IMC</b>				
Abaixo do peso	9 (2,9)	7 (3,2)	2 (2,2)	0,201**
Peso ideal	83 (27,1)	62 (29,0)	21 (22,8)	
Acima do peso	214 (69,9)	145 (67,8)	69 (75,0)	
<b>IRCQ</b>				
Baixo risco	2 (0,7)	1 (0,4)	1 (1,1)	0,166**
Risco moderado	61 (19,9)	38 (17,8)	23 (25,0)	
Risco alto	79 (25,8)	56 (26,2)	23 (25,0)	
Risco muito alto	164 (53,6)	119 (55,6)	45 (48,9)	
<b>Gordura corporal</b>				
Ideal	2 (0,7)	1 (0,5)	1 (1,1)	0,537*
Acima do ideal	304 (99,3)	213 (99,5)	91 (98,9)	
<b>Depressão</b>				
Depressão maior	32 (10,5)	24 (11,2)	8 (8,7)	0,509*
Não depressiva	274 (89,5)	190 (88,8)	84 (91,3)	
<b>Qualidade de vida</b>				
Abaixo do ideal	77 (25,2)	66 (30,8)	11 (12,0)	<0,001*
Boa	229 (74,8)	148 (69,2)	81 (88,0)	

\* Teste qui-quadrado de Pearson.

\*\* Teste não paramétrico U de Mann-Whitney.

IMC: índice de massa corporal; IRCQ: índice de relação entre cintura e quadril

Referente às classificações das variáveis antropométricas, apenas 0,7% classificaram-se no IRCQ como baixo risco e, da mesma forma, apenas 0,7% classificaram-se como ideal na avaliação da gordura corporal. Em relação ao nível de atividade física, verificou-se diferença estatisticamente significativa entre ativas e sedentárias apenas na variável "qualidade de vida" ( $p < 0,05$ ), com maior porcentagem de idosas ativas classificadas como possuindo boa qualidade de vida.

Todas as variáveis de interesse que obtiveram p-valor  $< 0,20$ , foram submetidas a análise no modelo ajustado, apresentado na Tabela 10.

Tabela 10 – Variáveis independentes relacionadas ao nível de atividade física, submetidas ao modelo ajustado.

**(continua)**

Variáveis	RP (IC 95%)	Valor de p*	RP (IC 95%) ajustada	Valor de P*
<b>Idade (anos)</b>				
60 - 69	1,20 (1,08 - 1,33)	0,001	1,18 (1,07 - 1,30)	0,001
70 - 79	1,13 (1,02 - 1,26)	0,018	1,12 (1,01 - 1,24)	0,031
≥ 80	1		1	
<b>Usa medicamento</b>				
Sim	0,74 (0,58 - 0,95)	0,016	0,78 (0,64 - 0,95)	0,014
Não	1		1	
<b>Polimedicação</b>				
Sim	1,07 (0,99 - 1,15)	0,110	1,00 (0,93 - 1,09)	0,855
Não	1		1	
<b>Possui alguma doença</b>				
Sim	1,23 (1,02 - 1,47)	0,026	1,09 (0,92 - 1,28)	0,321
Não	1		1	
<b>Açúcar no sangue ou diabetes</b>				
Sim	0,89 (0,82 - 0,97)	0,007	0,94 (0,86 - 1,03)	0,184
Não	1		1	
<b>Colesterol alto ou gordura no sangue</b>				
Sim	0,91 (0,84 - 0,99)	0,023	0,95 (0,88 - 1,03)	0,222
Não	1		1	
<b>Reumatismo, artrite, gota ou lúpus</b>				
Sim	0,93 (0,86 - 1,01)	0,098	0,99 (0,91 - 1,07)	0,838
Não	1		1	
<b>Osteoporose ou ossos fracos</b>				
Sim	0,90 (0,83 - 0,97)	0,008	0,94 (0,87 - 1,02)	0,130
Não	1		1	

\* Teste de Regressão de Poisson com estimador robusto.  
RP: razão de prevalência; IC: intervalo de confiança.

Tabela 10 – Variáveis independentes relacionadas ao nível de atividade física, submetidas ao modelo ajustado.

Variáveis	(conclusão)			
	RP (IC 95%)	Valor de p*	RP (IC 95%) ajustada	Valor de P*
<b>Insuficiência cardíaca</b>				
Sim	0,83 (0,75 - 0,91)	0,000	0,90 (0,80 - 1,00)	0,063
Não	1		1	
<b>Angina</b>				
Sim	0,87 (0,79 - 0,96)	0,005	0,96 (0,86 - 1,07)	0,475
Não	1		1	
<b>Qualidade de vida</b>				
Abaixo do ideal	0,84 (0,78 - 0,92)	0,000	0,88 (0,81 - 0,96)	0,003
Boa	1		1	

\* Teste de Regressão de Poisson com estimador robusto.  
RP: razão de prevalência; IC: intervalo de confiança.

Após análise ajustada pelas variáveis de interesse, mantiveram-se estatisticamente significativas as variáveis "idade", "uso de medicamentos" e "qualidade de vida" ( $p < 0,05$ ), sendo que, a variável "insuficiência cardíaca" apresentou uma tendência ( $p = 0,06$ ).

Neste sentido, verificou-se que idosas ativas são mais jovens, consomem menos medicamentos e apresentam escores maiores de qualidade de vida.

A Tabela 11 apresenta as correlações entre as variáveis de interesse e o nível de atividade física dos participantes do estudo.

Tabela 11 – Correlações entre nível de atividade física e fatores associados dos participantes do estudo.

Variável	Coefficiente de correlação	Valor de P*
<b>Quantidade de medicamentos</b>	-0,141	0,013
<b>Qualidade de vida</b>	0,284	<0,001
<b>Depressão</b>	-0,252	<0,001
<b>Quantidade de doenças</b>	-0,215	<0,001

\* Teste de correlação de Spearman's.

Analisando as correlações entre nível de atividade física e as variáveis de interesse, pode-se observar correlação positiva estatisticamente significativa entre a variável "qualidade de vida" e o nível de atividade física ( $p < 0,05$ ). Esse resultado permite inferir que quanto maior for o nível de atividade física da idosa, maior será sua qualidade de vida. Também pode-se observar correlação negativa estatisticamente significativa entre as variáveis "quantidade de medicamentos",

"depressão" e "quantidade de doenças" em relação ao nível de atividade física ( $p < 0,05$ ). Esse resultado sugere que quanto maior for o nível de atividade física da idosa, menor será a quantidade de medicamentos consumidos, menor será o índice de depressão e, menor será a quantidade de doenças que as acomete.

Observando as classificações da idade, verificou-se diferença estatisticamente significativa entre ativas e sedentárias. Essa diferença ocorreu com maior acentuação na classificação de idade igual ou superior a 80 anos. Devido a isto, optou-se por excluir as idosas desta classificação de idade e realizar os testes de correlação, para verificar se estas idosas estariam influenciando nos resultados de maneira que viesse a se tornar um viés. Contudo, as variáveis de interesse permaneceram com nível de significância similar, e o resultado não foi alterado. Desta forma, não foi necessária a exclusão desta parcela da amostra.

## 5. DISCUSSÃO

Vários fatores estão presentes e possuem grande influência na vida da pessoa idosa. Contudo, poucos estudos investigaram a influência da atividade física nas condições de saúde, no uso de medicamentos e na qualidade de vida desta população. Esta foi a motivação para o desenvolvimento do presente estudo.

Os resultados deste estudo apresentaram alta prevalência de idosas sedentárias (69,9%), aproximando-se de valores encontrados em outros estudos <sup>23</sup>, <sup>24</sup>. Estudo realizado por Souza, Fillenbaum e Blay <sup>23</sup> com idosos no Rio Grande do Sul, Brasil, encontrou 66,3% de prevalência de sedentarismo entre idosas. Resultado similar foi observado por Antonini e colaboradores <sup>24</sup>, que encontraram prevalência de sedentarismo em 67,5% das idosas em estudo realizado no município de Gravataí (RS). No entanto, no estudo de Silva e colaboradores <sup>11</sup> a prevalência foi baixa, visto que apenas 15,1% das idosas foram consideradas sedentárias. Contudo, o referido estudo foi realizado com idosas que frequentavam programas de atividade física da comunidade de São Caetano do Sul (SP). Tal resultado sugere que programas de atividade física são capazes de promover mudanças significativas na classificação do nível de atividade física da população idosa.

Ao verificar os dados sociodemográficos, observa-se que a única variável que se mostrou diferente quando se comparou idosas ativas e sedentárias foi a idade. Esta diferença manteve-se mesmo após análise ajustada, apresentando maior proporção de mulheres mais jovens classificadas como ativas, indicando que o aumento da idade é fator dificultador na realização de atividades físicas. Souza, Fillenbaum e Blay <sup>23</sup> encontraram resultado similar, visto que as proporções de idosas ativas foi diminuindo com o aumento da idade. Mas em seu estudo houve uma acentuação ainda maior desta característica, pois analisando-se as idosas classificadas como ativas, a maior proporção pertencia a categoria entre 60 - 69 anos (61,4%). Entretanto, a proporção de idosas com idade igual ou superior a 80 anos classificadas como ativas foi de 7,5%, praticamente a mesma do presente estudo.

No estudo de Silva e colaboradores <sup>11</sup> o resultado foi diferente do observado no presente estudo, sendo que a categoria de idade que obteve maior porcentagem

de idosas ativas foi na idade igual ou maior que 75 anos. Tal resultado reforça a importância da prática regular de exercícios físicos para a população idosa, pois contraria a tendência natural, que é diminuir o nível de atividade física conforme ocorre o aumento da idade.

Com relação as condições de saúde, muitos fatores devem ser observados, como o número de consultas médicas, internações, uso de medicamentos, polimedicação, entre outros, no entanto, um dos principais fatores é a presença de algum tipo de doença. No presente estudo, destaca-se a alta prevalência de idosas que possuem alguma doença (96,1%). Contudo, este resultado foi similar ao encontrado em outros estudos realizados com a população idosa <sup>6,7</sup>. Tavares e Dias <sup>6</sup> encontraram uma prevalência de 98,3% de idosas que possuíam alguma doença em estudo realizado na zona urbana do município de Uberaba (MG). Virtuoso e colaboradores <sup>7</sup> encontraram prevalência de 91,6% de idosas que possuíam alguma doença em estudo realizado com idosos que participavam dos projetos de atividades físicas do grupo de estudos da terceira idade, do programa de extensão da Universidade do Estado de Santa Catarina. Porém, valor inferior foi encontrado por Vicente e Santos <sup>8</sup>, que encontraram prevalência de 82,2% de idosas que possuíam alguma doença em estudo realizado no município de Rodeio (SC).

Quando se comparou os resultados do presente estudo entre idosas ativas e sedentárias com relação a possuir alguma doença, observou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos, sendo que o grupo das idosas ativas possui porcentagem menor de pessoas com alguma doença. Contudo, após análise ajustada esta variável perdeu sua significância estatística. Não possuir nenhuma doença pode facilitar a prática de atividades físicas, reduzir a necessidade de uso de medicamentos e proporcionar melhor qualidade de vida aos idosos.

As doenças mais frequentes encontradas na população do presente estudo foram hipertensão arterial sistêmica (73,5%), hipercolesterolemia (53,3%) e osteoporose (46,1%). Os resultados encontrados na literatura sobre as principais doenças na população idosa diferem uns dos outros na ordem de classificação, contudo, as principais doenças são as mesmas. Vicente e Santos <sup>8</sup> também encontraram a prevalência de hipertensão arterial sistêmica em primeiro lugar em seu estudo com 32,2%, mas diferentemente do atual estudo, foi seguida por depressão e reumatismo (12,5% e 9,1%), respectivamente. Virtuoso e colaboradores <sup>7</sup> encontraram a prevalência de doenças osteoarticulares em primeiro lugar em seu

estudo com 57,5%, seguida por hipertensão arterial sistêmica e hipercolesterolemia (51,5% e 38,6%), respectivamente. Tavares e Dias <sup>6</sup> encontraram a prevalência de problemas de visão em primeiro lugar em seu estudo com 78,1%, seguida por problemas de coluna e hipertensão arterial sistêmica (63,3% e 60,9%), respectivamente. Acredita-se que as diferenças encontradas na literatura referentes a ordem de classificação das principais doenças na população idosa se deva ao fato dos estudos não usarem os mesmos métodos de classificação das doenças.

Quando se comparou os resultados do presente estudo entre idosas ativas e sedentárias com relação a prevalência das principais doenças, encontrou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos, particularmente no que tange as doenças diabetes, hipercolesterolemia, osteoporose, insuficiência cardíaca e angina, sendo que a prevalência de doenças foi menor no grupo das idosas ativas. Contudo, após análise ajustada, todas as variáveis perderam sua significância, apenas a insuficiência cardíaca mostrou uma tendência. As doenças podem dificultar a prática de atividades físicas, aumentar o uso de medicamentos e diminuir a qualidade de vida das idosas.

Outro fato importante a ser destacado sobre as doenças, é que apenas 21,6% das idosas referiram possuir obesidade, contudo, apenas 0,7% possuem classificação ideal de percentual de gordura corporal. Quando se analisou as outras variáveis antropométricas, pode-se observar que não foi somente na avaliação de percentual de gordura corporal que as idosas apresentaram baixa classificação, considerando os níveis ideais para à saúde. Na classificação do IMC, apenas 27,1% obtiveram a classificação de peso ideal e na classificação do IRCQ, apenas 0,7% classificaram-se como baixo risco. Este dado mostra que possivelmente a avaliação ou o diagnóstico desta morbidade não esteja sendo realizado com eficiência, ou ainda, que esta informação não esteja chegando até as idosas. A obesidade é um fator de risco para muitas doenças, sendo de extrema importância sua detecção e tratamento <sup>66</sup>.

Sobre o uso de medicamentos, destaca-se no presente estudo como o dado que mais chama a atenção, a alta prevalência de idosas que utilizam algum medicamento (98,7%). Este resultado foi superior ao encontrado na literatura <sup>8-10</sup>. No estudo de Loyola-Filho e colaboradores <sup>9</sup> foi observada uma prevalência de uso de medicamentos de 79,3%, em idosas de Minas Gerais. Vicente e Santos <sup>8</sup> encontraram prevalência no uso de medicamentos de 78% em população idosa da

cidade de Rodeio (SC). Mosegui e colaboradores <sup>10</sup> encontraram prevalência no uso de medicamentos de 90,9%, em estudo realizado com idosas cadastradas na UNATI, na cidade do Rio de Janeiro (RJ). Muitos fatores podem estar associados com a grande prevalência no uso de medicamentos pela população idosa, como a grande quantidade de morbidades, tratamentos realizados por diversos profissionais diferentes e as políticas de acesso aos medicamentos <sup>43</sup>.

Quando se comparou os resultados do presente estudo entre idosas ativas e sedentárias com relação ao uso de medicamentos, encontrou-se, após análise ajustada, diferença estatisticamente significativa entre os grupos, sendo que a proporção de idosas que não utilizava medicamento foi maior no grupo das idosas ativas. Esta diferença entre idosas ativas e sedentárias é corroborada por Silva e colaboradores <sup>11</sup>, que encontraram prevalência de uso de medicamentos de 100% no grupo das idosas sedentárias e de 78,9% no grupo das idosas ativas. O presente estudo e o estudo de Silva e colaboradores <sup>11</sup> foram estudos transversais, devido a isso, não se pode afirmar a causalidade, ou seja, não se pode afirmar se realmente é o maior nível de atividade física que faz com que as idosas utilizem menos medicamentos ou se é o contrário, idosas utilizam menos medicamentos e devido a isso são mais ativas. Contudo, considerando os diversos benefícios à saúde atribuídos a prática de atividades físicas na população idosa <sup>29, 31, 32, 48</sup>, acredita-se que realmente seja o maior nível de atividade física que proporcione a menor necessidade de utilização de medicamentos.

Outro resultado importante do atual estudo com relação ao uso de medicamentos foi a alta prevalência de polimedicação (43,8%), que foi superior ao encontrado na literatura <sup>9, 10, 39</sup>. Loyola-Filho e colaboradores <sup>9</sup> encontraram uma prevalência de polimedicação de 16,9% nas idosas de seu estudo. Mosegui e colaboradores <sup>10</sup> encontraram em seu estudo uma prevalência de polimedicação de 38,2%. Entretanto, no estudo de Neves e colaboradores <sup>39</sup> a prevalência de polimedicação encontrada foi somente de 11%.

Quando se comparou os resultados do presente estudo entre idosas ativas e sedentárias com relação a polimedicação, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. O consumo exagerado de medicamentos pode trazer muitos problemas para o usuário, como risco de consumir medicamento impróprio, efeitos adversos, não adesão ao tratamento, diminuição do estado funcional, diminuição da qualidade de vida, entre outros <sup>43,44</sup>.

Ao verificar o perfil das idosas do atual estudo em relação aos medicamentos mais utilizados, conforme primeiro nível de classificação ATC, observa-se que 85,3% das idosas utilizava medicamentos voltados para o sistema cardiovascular, 65,7% utilizava medicamentos para o sistema nervoso e 60,5% utilizava medicamentos para o trato alimentar e metabólico. Quando se comparou idosas ativas e sedentárias com relação ao perfil de uso de medicamentos, pode-se observar diferença estatisticamente significativa entre os grupos apenas na variável trato alimentar e metabólico, identificando que o grupo das idosas ativas utilizava menos medicamentos.

A população deste estudo consumiu 1.632 medicamentos, com média de 5,33 medicamentos por pessoa, este valor foi superior ao encontrado na literatura<sup>10,39,40</sup>. Mosegui e colaboradores<sup>10</sup> encontraram média de consumo de quatro medicamentos por pessoa, Neves e colaboradores<sup>39</sup> encontraram média de consumo de 2,4 medicamentos por pessoa e, Galato, Silva e Tiburcio<sup>40</sup> encontraram média de consumo de 3,5 medicamentos por pessoa.

Quando se comparou os resultados do presente estudo entre idosas ativas e sedentárias com relação a quantidade total de medicamentos utilizados, verificou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos, demonstrando que o grupo das idosas ativas utilizava menor quantidade de medicamentos. Este resultado é extremamente relevante, pois indica que políticas de incentivo à prática de atividades físicas devem ser estimuladas, visto que podem diminuir a utilização de medicamentos pela população idosa.

Analisando-se a quantidade total de medicamentos utilizados pela população do presente estudo, conforme primeiro nível de classificação ATC, verificou-se que 40,4% dos medicamentos era destinado para o sistema cardiovascular, seguidos pelos medicamentos voltados para o sistema nervoso e trato alimentar e metabólico (22,5% e 17,7%), respectivamente. Este resultado é similar ao encontrado na literatura<sup>39,40</sup>. Neves e colaboradores<sup>39</sup> verificaram em seu estudo que 42,9% dos medicamentos era destinado para o sistema cardiovascular, seguidos também pelos medicamentos voltados para o sistema nervoso e trato alimentar e metabólico (20,2% e 17,3%), respectivamente. Resultado similar também foi encontrado por Galato, Silva e Tiburcio<sup>40</sup>, em seu estudo os medicamentos mais utilizados também foram destinados para o sistema cardiovascular (48,1%), seguidos pelos

medicamentos voltados para o sistema nervoso e trato alimentar e metabólico (16,9% e 14,7%), respectivamente.

Quando se comparou os resultados do presente estudo entre idosas ativas e sedentárias com relação aos medicamentos utilizados, conforme primeiro nível de classificação ATC, encontrou-se diferença estatisticamente significativa apenas nos medicamentos destinados ao trato alimentar e metabólico, identificando que o grupo das idosas sedentárias utilizava mais medicamentos. Este resultado pode ter relação com a osteoporose, visto que 46,1% da população deste estudo possuía esta doença. Estudos revelaram que pessoas submetidas a atividades físicas regulares, principalmente treinamento de força, tiveram sua massa óssea aumentada, demonstrando a importância da incorporação da prática regular de atividades físicas na luta contra a perda da massa óssea <sup>66</sup>.

Ao analisar os medicamentos prescritos utilizados pela população deste estudo, verificou-se que 94,5% dos medicamentos utilizados foram prescritos por profissionais de saúde. Este resultado foi superior ao encontrado por Bortolon e colaboradores <sup>47</sup>, que encontraram prevalência de 69,2% de medicamentos prescritos em seu estudo. Santos e colaboradores <sup>42</sup> encontraram prevalência de 64,3% de medicamentos prescritos, valores inferiores aos observados no presente estudo. Este resultado indica que a população do presente estudo está sendo muito consciente com relação a utilização de medicamentos e que possivelmente saibam dos riscos da automedicação.

Quando se comparou os resultados do presente estudo entre idosas ativas e sedentárias com relação a utilização de medicamentos prescritos, observou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos, identificando que o grupo das idosas ativas utilizou mais medicamentos sem prescrição. Este fato foi atribuído ao uso de medicamentos destinados ao tratamento de resfriados, os quais não precisam de receitas médicas para serem adquiridos. Idosas ativas podem estar mais expostas a mudanças climáticas e por este motivo podem ter consumido mais medicamentos para tratamento de resfriados.

Sobre a qualidade de vida da população do presente estudo, 74,8% classificaram-se como possuindo boa qualidade de vida. A média geral do escore de classificação da qualidade de vida foi de 73,67 (DP=11,13), valor este superior aos resultados encontrados na literatura <sup>6,67</sup>. Tavares e Dias <sup>6</sup> encontraram média geral no escore de qualidade de vida em seu estudo de 65,66. Tavares e colaboradores <sup>68</sup>

realizaram outro estudo na cidade de Uberaba (MG), no qual analisaram a qualidade de vida de idosos da área rural e urbana. A média geral encontrada do escore de qualidade de vida dos idosos da área urbana foi de 69,35. Entretanto, a média geral dos idosos da área rural foi maior (71,08). Contudo, mesmo os resultados observados nos idosos da área rural sendo maiores do que os resultados dos idosos da área urbana, ainda foram inferiores aos resultados encontrados no presente estudo. Este dado demonstra que a população do atual estudo refere possuir boa qualidade de vida.

Ao verificar as médias gerais dos escores das facetas da avaliação de qualidade de vida, observou-se que os resultados do atual estudo indicam que as idosas possuem maiores índices de qualidade de vida nas facetas participação social e intimidade. Este dado pode ser atribuído ao fato de todas estarem participando de atividades sociais, pois Roncon e colaboradores<sup>68</sup> afirmaram que idosos que participam de grupos de convivência apresentam melhor qualidade de vida, e participar do grupo de idosos era critério de inclusão no presente estudo.

Os resultados dos escores de qualidade de vida do presente estudo foram superiores aos resultados encontrados na literatura<sup>6,67</sup> em algumas facetas e inferiores a outras. Tavares e Dias<sup>6</sup> encontraram média de 74,07 para a faceta funcionamento sensório, 55,36 para a faceta autonomia, 63,08 para a faceta atividades passadas, presentes e futuras, 56,29 para a faceta participação social, 76,36 para a faceta morte e morrer e, 68,79 para a faceta intimidade. Tavares e colaboradores<sup>67</sup> encontraram média de 80,26 e 72,59 para a faceta funcionamento sensório dos idosos da área urbana e rural, respectivamente. Encontraram o escore de 60,62 e 68,51 para a faceta autonomia dos idosos da área urbana e rural, respectivamente. Escore de 65,85 e 70,18 para a faceta atividades passadas, presentes e futuras dos idosos da área urbana e rural, respectivamente. escore de 64,75 e 68,01 para a faceta participação social dos idosos da área urbana e rural, respectivamente. Escore de 75,87 e 72,94 para a faceta morte e morrer dos idosos da área urbana e rural, respectivamente. E por fim, escore de 68,72 e 74,26 para a faceta intimidade dos idosos da área urbana e rural, respectivamente.

Comparando-se idosas ativas e sedentárias com relação a qualidade de vida, observou-se diferença estatisticamente significativa na quantidade de idosas classificadas como possuindo boa qualidade de vida entre os grupos, resultado que manteve-se após análise ajustada. Este resultado demonstra que a proporção de

idosas classificadas como possuindo boa qualidade de vida é maior no grupo das idosas ativas. Esse resultado indica que quanto maior o nível de atividade física, melhor será a qualidade de vida. Quando se analisou a média dos escores, observou-se que todos os escores do grupo das idosas ativas foram superiores aos escores das idosas sedentárias, obtendo diferença estatisticamente significativa nos escores geral, funcionamento sensório, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras e, participação social. Quando comparados os resultados dos escores das facetas do grupo das idosas ativas com os resultados dos estudos de Tavares e Dias <sup>6</sup> e Tavares e colaboradores <sup>67</sup>, observou-se que os resultados deste estudo foram superiores em praticamente todas as facetas, com exceção da faceta morte e morrer, sendo esta a faceta em que a população deste estudo obteve os menores escores de qualidade de vida. Este resultado demonstra que as idosas deste estudo possuem certos medos em relação a morte.

Ainda analisando fatores relacionados à qualidade de vida, estudos têm demonstrado que existe correlação entre depressão e pior qualidade de vida.<sup>68</sup> Este fato pode ter influência direta na alta qualidade de vida da população deste estudo, visto que 89,5% das idosas deste estudo foram classificadas como não depressivas. Também é importante destacar, que o fato de haver poucas idosas com sintomas de depressão na população do presente estudo confere maior credibilidade na avaliação da qualidade de vida, visto que pessoas depressivas teriam maior propensão a responder negativamente aos questionamentos.

Na avaliação de fatores associados ao nível de atividade física, verificou-se correlação positiva com a qualidade de vida. Isso sugere que quanto maior for o nível de atividade física da idosa, maior será sua qualidade de vida. Este resultado foi corroborado por Toscano e Oliveira <sup>69</sup>, que também constataram que idosos mais ativos possuem melhor qualidade de vida, em estudo realizado com idosos de diferentes níveis de atividade física, cadastrados nos grupos de convivência da Secretaria de Assistência Social do município de Aracajú (SE).

No presente estudo, também foi observada correlação negativa entre nível de atividade física e depressão, indicando que quanto maior for o nível de atividade física da idosa, menor será o índice de depressão. Este resultado talvez possa ser explicado por Tavares e colaboradores <sup>70</sup>, pois realizaram revisão sistemática para investigar o impacto do exercício físico na qualidade de vida de idosos com depressão, e seu estudo indica que exercícios físicos melhoram também a qualidade

de vida de idosos depressivos, mostrando ser uma opção não farmacológica no combate a esta doença.

Também foi possível verificar correlação negativa entre nível de atividade física e a quantidade de doenças, indicando que quanto maior for o nível de atividade física da idosa, menor será a quantidade de doenças que terá. Este é um resultado importante, visto que possui relação direta com a qualidade de vida dos idosos. Este dado é reforçado por Tavares e Dias <sup>6</sup>, que afirmam que quanto maior o número de morbidades, menor é a qualidade de vida.

Outra observação importante do presente estudo refere-se a correlação negativa entre nível de atividade física e a quantidade de medicamentos consumidos, indicando que quanto maior for o nível de atividade física da idosa, menor será a quantidade de medicamentos utilizados. Este resultado é corroborado por Silva e colaboradores <sup>11</sup>, que também encontraram correlação entre maiores níveis de atividade física e menor utilização de medicamentos. Ziv e colaboradores <sup>48</sup> conseguiram uma redução de 70% no uso de medicamentos em seu estudo, utilizando dieta, atividade física e relaxamento, yoga e gestão do estresse, reforçando a necessidade de intensificar as pesquisas sobre este tema.

Como pontos fortes do presente estudo destaca-se a aplicação dos questionários em forma de entrevista, desta forma, minimizando erros por interpretação e possibilitando maior fidedignidade nos resultados. Destaca-se também o treinamento e a calibração da equipe de coleta de dados, assegurando padronização e qualidade na coleta de dados. E por fim, destaca-se a realização das medidas antropométricas por um único avaliador, garantindo a concordância intraobservador.

Como limitações deste estudo, destaca-se a identificação das doenças por auto relato e o fato de ter sido do tipo transversal, que impede a possibilidade de se afirmar a causalidade. Sendo assim, não é possível afirmar que realmente é o nível de atividade física que proporciona os benefícios aqui mencionados na população idosa, ou se são esses fatores que possibilitam melhores níveis de atividade física. Contudo, diversos estudos <sup>29,31,32,48</sup> têm identificado benefícios que este tipo de atividade proporciona à população idosa. Devido a isso, independente das limitações deste estudo, não se pode deixar de considerar a atividade física como possível fator modificador a ser incentivado na vida da população idosa.

Por se tratar de um tema de extrema relevância, sugere-se a realização de mais estudos que investiguem a influência do nível de atividade física na população idosa de outras regiões geográficas. Sugere-se também, que sejam realizados estudos experimentais que analisem os efeitos da prática regular de diversas atividades físicas nas condições de saúde, no uso de medicamentos e na qualidade de vida da população idosa.

## 6. CONCLUSÃO

O presente estudo pôde identificar os dados sociodemográficos e a situação clínica das idosas que frequentam os grupos de idosos da FMDS do município de Tubarão (SC). Pode-se destacar como dados de maior relevância a média de idade de 71,88 anos (DP=6,88), a baixa escolaridade, com média de 3,52 anos de estudo (DP=2,59), a maior proporção de pessoas caucasianas, que não possuem companheiro e que são aposentadas ou pensionistas, somando 90,5%, 59,5% e 87,9%, respectivamente. Sobre hábitos saudáveis, destaca-se a grande porcentagem de idosas que nunca ingeriu bebidas alcoólicas (80,1%) e que nunca fumou 100 cigarros durante a vida (86,3%).

Com relação às medidas antropométricas, destaca-se a elevada medida de IMC, com média de 29,76 (DP=4,72) e o alto percentual de gordura corporal, com média de 43,26% (DP=4,76). Somente 2% das idosas foram classificadas como possuindo percentual de gordura ideal.

Sobre as condições de saúde, os dados que mais chamaram a atenção foram as altas prevalências de pessoas que utilizam medicamento (98,7%), que fazem uso de polimedicação (43,8%) e que possuem alguma doença (96,1%). As doenças mais frequentes nas idosas são hipertensão arterial sistêmica (73,5%), hipercolesterolemia (53,3%) e osteoporose (46,1%).

Na classificação do nível de atividade física, apenas 30,1% das idosas foram classificadas como ativas, já na classificação de qualidade de vida e depressão, destaca-se a grande porcentagem de idosas classificadas como possuindo boa qualidade de vida e não depressivas, 74,8% e 89,5%, respectivamente.

Sobre o uso de medicamentos, as idosas avaliadas utilizaram 1.632 medicamentos, com média de consumo de 5,33 medicamentos por pessoa. Dos medicamentos utilizados, 40,4% são destinados ao sistema cardiovascular, 22,5% são destinados ao sistema nervoso e 17,7% são destinados ao trato alimentar e metabólico.

Na avaliação de fatores associados ao nível de atividade física, verificou-se que idosas ativas são mais jovens, consomem menos medicamentos e apresentam escores maiores de qualidade de vida. Analisando as correlações entre nível de atividade física e as variáveis de interesse, pode-se concluir que quanto maior for o

nível de atividade física da idosa, maior será sua qualidade de vida, menor será a quantidade de medicamentos consumidos, menor será o índice de depressão e, menor será a quantidade de doenças que possuirá.

Contudo, os resultados deste estudo devem ser analisados com cautela, pois como se trata de um estudo transversal, não se pode afirmar a causalidade, devido a isso, sugere-se a realização de novos estudos sobre o tema, principalmente estudos de cunho experimental, que possam afirmar realmente os fatores associados ao nível de atividade física na população idosa.

Os resultados deste estudo podem servir de alerta para as autoridades públicas, os profissionais de saúde, bem como toda a sociedade, pois evidenciam a alta prevalência de idosas sedentárias e os fatores associados ao baixo nível de atividade física. Mesmo possuindo a limitação por ser um estudo transversal, não se pode deixar de destacar os diversos benefícios obtidos pela prática regular de atividades físicas. Sendo assim, destaca-se a importância de se desenvolver estratégias que incentivem a prática regular de atividades físicas na população idosa.

## REFERÊNCIAS

1. Veras RP, Lima MA, Araujo TCN, Alves MIC, Sayd J, Figueiredo MC, et al. Velhice numa perspectiva de futuro saudável. Rio de Janeiro: UERJ, UNATI; 2001.
2. Veras RP. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(3): 548-54.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa nacional de amostra de domicílios - PNAD [homepage na internet]. Rio de Janeiro (RJ): Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. 2014. [Acesso em 27 fevereiro 2015]; Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2013/default\\_sintese.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2013/default_sintese.shtm).
4. Matsudo SM, Matsudo VKR, Barros Neto TL. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. *Rev Bras Ciên e Mov*. 2000; 8(4): 21-32.
5. Ferreira L, Gobbi S, Gobbi LTB. An explanatory mechanism for the different decline in limb strength. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009; 49(3): 373–7.
6. Tavares DMS, Dias FA. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. *Texto contexto - enferm*. 2012; 21(1): 112-20.
7. Virtuoso JF, Mazo GZ, Menezes EC, Cardoso AS, Dias RG, Balbé GP. Perfil de morbidade referida e padrão de acesso a serviços de saúde por idosos praticantes de atividade física. *Ciênc saúde coletiva*. 2012; 17(1): 23-31.
8. Vicente FR, Santos SMA. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. *Texto contexto - enferm*. 2013; 22(2): 370-78.
9. Loyola-Filho AI, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(12): 2657-67.
10. Mosegui GBG, Rozenfeld S, Veras RP, Vianna CMM. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. *Rev Saúde Pública*. 1999; 33(5): 437-44.
11. Silva LJ, Azevedo MR, Matsudo S, Lopes GS. Association between levels of physical activity and use of medication among older women. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(3): 463-71.
12. Organização Mundial de Saúde. The uses of epidemiology in the study of the elderly. Geneva: WHO; 1984.

13. Brasil. Lei n. 57, de 23 de setembro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 set 2003.
14. Brasil. Lei n. 8842/94 que a institui, regulamentada pelo Decreto n.1948 de 04 de janeiro de 1996. Estabelece a Política Nacional do Idoso. Diário Oficial da União. 04 jan 1996.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde (MS); 2010.
16. Brasil. Ministério da Saúde (MS) [homepage na internet]. Secretaria Executiva. Datasus [Acesso em 27 fevereiro 2015]. Informações de Saúde. Informações epidemiológicas e morbidade. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>
17. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Jour Psychiat Res.* 1983; 17(1): 37-49.
18. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol.* 1986; 5(1): 165-73.
19. Paradelo E, Martins P, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39(6): 918-23.
20. Matsudo SM, Matsudo VKR, Barros Neto TL. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. *Rev Bras Med Esporte* 2001;7(1): 2-13.
21. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports.* 1985; 100(2): 126-31.
22. Pitanga, FJG. Testes, medidas e avaliação em educação física e esportes. 5.ed. São Paulo: Phorte; 2008.
23. Souza AM, Fillenbaum GG, Blay SL. Prevalence and Correlates of Physical Inactivity among Older Adults in Rio Grande do Sul, Brazil. *Plos One.* 2015; 10(2).
24. Antonini T, Castro L, Paz JA, Schwanke CHA, Gottlieb MG, Bittencourt L et al. Estudo de associação entre nível de atividade física, risco cardiovascular e o polimorfismo do gene da apolipoproteína e em idosos. *Rev bras geriatr gerontol.* 2011; 14(1): 27-37.
25. Rocha SV, Almeida MMG, Araújo TM, Santos LB, Rodrigues WKM. Fatores associados à atividade física insuficiente no lazer entre idosos. *Rev Bras Med Esporte.* 2013; 19(3): 191-5.

26. Corrêa LQ, Rombaldi AJ, Silva MC. Atividade física e sintomas do envelhecimento masculino em uma população do sul do Brasil. *Rev Bras Med Esporte*. 2011; 17(4): 228-31.
27. Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, Franklin BA, Lamonte MJ, Lee IM et al. Quantity and Quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal and neuromotor fitness in apparently healthy adults: Guidace for prescribing exercise. *Med Scie Sports Exerc*. 2011; 43(7): 1334-59.
28. Ponte MKC, Cunha FMAM. Nível de atividade física na população idosa e seus benefícios: uma revisão integrativa. *Sanare - Rev Pol Pub*. 2013; 12(1): 71-7.
29. Moraes WM, Souza PRM, Pinheiro MHNP, Irigoyen MC, Medeiros A, Koike MK. Exercise training program based on minimum weekly frequencies: effects on blood pressure and physical fitness in elderly hypertensive patients. *Rev bras fisioter*. 2012; 16(2): 114-21.
30. Gavi MBRO, Vassalo DV, Amaral FT, Macedo DCF, Gava PL, Dantas EM, et al. Strengthening Exercises Improve Symptoms and Quality of Life but Do Not Change Autonomic Modulation in Fibromyalgia: A Randomized Clinical Trial. *Plos One*. 2014; 9(3): 1-8.
31. Tribess S, Virtuoso JJS, Oliveira RJ. Atividade física como preditor da ausência de fragilidade em idosos. *Rev Assoc Med Bras*. 2012; 58(3): 341-47.
32. Moraes H, Deslandes A, Ferreira C, Pompeu FAMS, Ribeiro P, Laks J. O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul*. 2007; 29(1): 70-79.
33. Burton E, Lewin G, Clemson L, Boldy D. Effectiveness of a lifestyle exercise program for older people receiving a restorative home care service: a pragmatic randomized controlled trial. *Clin Interv Aging*. 2013; 8: 1591-01.
34. Reis RS, Petroski EL, Lopes AS. Medidas da atividade física: revisão de métodos. *Rev Bras Cinean Desem Hum*. 2000; 2(1): 89-96.
35. Ueno DT, Sebastião É, Corazza DI, Gobbi S. Methods for assessing physical activity: a systematic review focused on older adults. *Rev Bras Cinean Desem Hum*. 2013; 15(2): 256-65.
36. Baecke JA, Burema J, Frijters JE. A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies. *Am J Clin Nutr*. 1982; 36(5): 936-42.
37. Voorrips LE, Ravelli ACJ, Dongelmans PCA, Deurenberg P, Van staveren WA. A physical activity questionnaire for the elderly. *Med Sci Sports Exerc*. 1991; 23(8): 974-9.

38. Mazo GZ, Mota J, Benedetti TB, Barros MVG. Validade Concorrente e Reprodutibilidade. Teste-reteste do questionário de Baecke Modificado para Idosos. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2001; 6(1): 5-11.
39. Neves SJF, Marques APO, Leal MCC, Diniz AS, Medeiros TS, Arruda IKG. Epidemiologia do uso de medicamentos entre idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(4): 759-68.
40. Galato D, Silva ES, Tiburcio LS. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polimedicação. *Ciênc saúde coletiva*. 2010; 15(6): 2899-905.
41. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Cadernos de Atenção Básica, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília, DF: Ministério da Saúde (MS); 2006.
42. Santos TRA, Lima DM, Nakatani AYK, Pereira LV, Leal GS, Amaral RG. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(1): 94-103.
43. Lima TJV, Garbin CAS, Garbin AJI, Sumida DH, Saliba O. Potentially inappropriate medications used by the elderly: prevalence and risk factors in Brazilian care homes. *BMC Geriatrics* 2013; 13-52.
44. Maher-Jr. RL, Hanlon JT, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *National Institutes of Health*. 2014; 13(1): 1-11.
45. Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária [internet]. [acesso em 18 junho 2014]. Disponível em: [www.anvisa.org.br](http://www.anvisa.org.br).
46. Lopes AC. Automedicação: os riscos de uma atitude irresponsável [homepage na internet]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Clinicas médicas - SBCM; [acesso em 10 junho 2014]. Disponível em: [http://www.sbcm.org.br/site/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2225:automedicacao-os-riscos-de-uma-atitude-irresponsavel-&catid=84:opinioao&Itemid=135](http://www.sbcm.org.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=2225:automedicacao-os-riscos-de-uma-atitude-irresponsavel-&catid=84:opinioao&Itemid=135)
47. Bortolon PC, Medeiros EFF, Naves JOS, Karnikowski MGO, Nóbrega OT. Análise do perfil de automedicação em mulheres idosas brasileiras. *Ciênc saúde coletiva*. 2008; 13(4): 1219-26.
48. Ziv A, Vogel O, Keret D, Pintov S, Bodenstern E, Wolkowicz K, et al. Comprehensive Approach to Lower Blood Pressure (CALM-BP): a randomized controlled trial of a multifactorial lifestyle intervention. *J of Hum Hypertension*. 2013; 594-00.
49. OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde/World Health Organization (Brasil). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.

50. Group W.. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*. 1998; 46: 1569-85.
51. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(5): 785-91.
52. Benedetti TB, Mazo GZ, Barros MVG. Aplicação do Questionário Internacional de Atividades Físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. *Rev bras ci e mov*. 2004; 12(1): 25-34.
53. Chachamovich E, Trentini CM, Fleck MPA, Schmidt S, Power M. Desenvolvimento do instrumento WHOQOL-OLD. In: Fleck MPA organizador. *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre (RS): Artmed, 2008. p.102-11.
54. Frischknecht U, Sabo T, Mann K. Improved Drinking Behaviour Improves Quality of Life: A Follow-Up in Alcohol-Dependent Subjects 7 Years After Treatment. *Alcohol and Alcoholism*. 2013; 48(5): 579-84.
55. Zaitune MPA, Barros MBA, Lima MG, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(3): 583-96.
56. Masur J, Monteiro MG. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Braz J Med Biol Res*. 1983; 16(3): 215-8.
57. Meneses-Gaya IC, Zuardi AW, Loureiro SR, Crippa JAS. As propriedades psicométricas do Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina. *J bras pneumol*. 2009; 35(1): 73-82.
58. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidades@ – Tubarão – População e domicílios – Censo 2010* [homepage na internet]. [acessado 2015 junho 19]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=421870>
59. Gnjjidic D, Hilmer SN, Blyth FM, Naganathan V, Waite L, Seibel MJ, et al. Polypharmacy cut off and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. *J Clin Epidemiol*. 2012; 65(9): 989-95.
60. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. *The ATC classification – structure and principles*. [homepage na Internet]. [acessado 2015 junho 30]. Disponível em: [http://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index](http://www.whocc.no/atc_ddd_index)
61. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim. Care*. 1994; 21(1): 55-67.

62. Lohman TG, Roche AF, Martorell R. Anthropometric standardization reference manual. Champaign: Human Kinetics Books; 1988.
63. Pollock ML, Wilmore JH, Fox III SM. Exercícios na saúde e na doença Avaliação e prescrição para prevenção e reabilitação. Rio de Janeiro: MEDSI; 1986.
64. American College Of Sports Medicine (ACSM). Manual do ACSM para teste de esforço e prescrição de exercício. 5 ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.
65. Bink B, Bonjer FH, Van Der Sluys. Assesment of the energy expensury by indirect time and motion study. In: Physical Activity in Health and Disease. Edang K and Lange Andersen K. (Eds.) Oslo: Procedings of Bertoslen Symposium Oslo University, 1996, p. 207-214.
66. Simão R. Fisiologia e prescrição de exercícios para grupos especiais. São Paulo: Phorte; 2004.
67. Tavares DMS, Bolina AF, Dias FA, Ferreira PCS, Haas VJ. Quality of life of elderly. Comparison between urban and rural areas. Invest educ enferm. 2014; 32(3): 401-13.
68. Roncon J, Lima S, Pereira MG. Qualidade de Vida, Morbilidade Psicológica e Stress Familiar em Idosos Residentes na Comunidade. Psic Teor e Pesq. 2015; 31(1): 87-96.
69. Toscano JJO, Oliveira ACC. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. Rev Bras Med Esporte. 2009; 15(3): 169-73.
70. Tavares BB, Moraes H, Deslandes AC, Laks J. Impact of physical exercise on quality of life of older adults with depression or Alzheimer's disease: a systematic review. Trends Psychiatry Psychother. 2014; 36(3): 134-39.

## APÊNDICE

### APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UNISUL  
TELEFONE (48) 3279-1013**

Você está sendo convidada, a participar como voluntária, em uma pesquisa. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizada de forma alguma, pois você não é obrigada a participar deste estudo.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título da Pesquisa: **EFEITO DA ATIVIDADE FÍSICA NAS CONDIÇÕES DE SAÚDE, NO USO DE MEDICAMENTOS E NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS.**

Pesquisador Responsável: Dr. Daisson José Trevisol e Mestrando Fabricio de Souza.

Telefone para contato: 9950-4004 ou 3626-8141

A partir de uma certa idade, todo ser humano começa a sofrer alterações em diversas funções fisiológicas, como perda significativa nos aspectos físicos (força, flexibilidade, equilíbrio, coordenação motora e agilidade), diminuição de massa muscular e óssea, e aumento do percentual de gordura corporal. A partir dos 60 anos essas alterações são potencializadas, ocasionando aumento no uso de medicamentos e prejudicando a qualidade de vida da população idosa.

A presente pesquisa tem por objetivo verificar se o nível de atividade física influencia nas condições de saúde, no uso de medicamentos e na qualidade de vida em idosos.

Por isso você é convidada a participar deste estudo, que será realizado em duas etapas: a primeira é através do preenchimento de alguns questionários, sendo aplicado pelo pesquisador e um grupo de pesquisa em data previamente agendada, no local de realização dos encontros do seu grupo de idosos. Os questionários contêm informações sobre dados gerais, saúde e doença, uso de medicamentos, depressão, uso de álcool, fumo, atividade física e qualidade de vida. A segunda etapa refere-se à realização de medidas antropométricas, medida de peso e estatura para identificar

posteriormente seu índice de massa corporal, medida da circunferência da cintura e quadril para identificar posteriormente a relação entre cintura e quadril, além das medidas de composição corporal obtidas através de equipamento de Bioimpedância.

Não existem riscos importantes relacionados a tais procedimentos, contudo, algumas pessoas podem se sentir envergonhadas, e ou, constrangidas por ocasião da realização da entrevista ou da avaliação antropométrica (medidas corporais). O benefício que você terá ao participar desta pesquisa é o conhecimento de sua composição corporal, seu nível de atividade física, depressão e qualidade de vida.

Fica garantido que a sua identidade não será exposta a terceiros, isto é, seu nome não será revelado, inclusive as informações constantes dos questionários. As únicas pessoas que terão acesso às informações serão, os pesquisadores que estão envolvidos diretamente no estudo, além do Comitê de Ética da UNISUL.

Também fica garantido que ao participar da pesquisa, você não pagará nada e nem receberá remuneração. Você receberá uma cópia de todos os resultados de seus testes. Se você e seus familiares, agora ou em qualquer momento do estudo, tiverem dúvidas acerca da pesquisa e dos testes, os pesquisadores estarão a disposição e terão a satisfação em atendê-los. Para contato ligue para o Prof. Fabricio de Souza, telefone nr. 9950-4004 ou se tiver qualquer dúvida quanto a questões éticas do projeto, ligue para o Comitê de Ética em Pesquisa da UNISUL nr. 3279-1013.

**Você poderá desistir, abandonar ou deixar de participar da realização da pesquisa a qualquer momento, antes, durante ou após seu término.**

Declaro que fui informada sobre todos os procedimentos da pesquisa e que recebi, de forma clara e objetiva, todas as explicações pertinentes ao projeto e que todos os dados ao meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo, responderei questionários e realizarei testes para avaliar a minha composição corporal.

Declaro que fui informada que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso: \_\_\_\_\_

Pesquisador: Fabricio de Souza

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura:



Local e Data: Tubarão, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

## APÊNDICE B – Questionário de identificação e situação clínica

### IDENTIFICAÇÃO

**NOME DO PARTICIPANTE:** \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_

**TELEFONE: (48)** \_\_\_\_\_ **CELULAR: (48)** \_\_\_\_\_

**E-MAIL:** \_\_\_\_\_

**PESSOA DE CONTATO:** \_\_\_\_\_ **FONE: (48)** \_\_\_\_\_

1. Número: |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

2. Data da entrevista: |\_\_|\_|\_|/|\_\_|\_|\_|/2015

3. Data de nascimento: |\_\_|\_|\_|/|\_\_|\_|\_| 19 |\_\_|\_|\_|

4. Idade: |\_\_|\_|\_|\_| anos

5. Qual é sua cor ou raça: branca, negra, mista, índia ou outra?

1. Branca 2. Mista/Mulata 3. Negra 4. Oriental 5. Índia

6. Negra+Índia 7. Mulata+Índia 10. Branca+Índia 77. Outra \_\_\_\_\_ 99. IGN

6. Qual é sua situação conjugal: solteiro(a), casado(a), com companheiro(a), viúvo(a), separado(a)?

1. Solteiro(a)/nunca casou 2. Casado(a) 3. Mora com companheiro(a)

4. Divorciado(a)/separado(a) 5. Viúvo(a) 7. Outro \_\_\_\_\_

7. Até que série você estudou na escola? Passou de ano? |\_\_|\_|\_| anos completados

8. No mês passado, você estava trabalhando? (NÃO INCLUA DONA-DE-CASA OU DO LAR)

1. Sim (pule questão 9) 2. Não

9. Se não está trabalhando: qual é a sua situação?

1. Desempregada(o) 2. Desempregada(o) que não está procurando emprego

3. Do lar 4. Estudante 5. Aposentada(o) 6. Pensão/ Benefício

7. Não trabalha 8. NSA 9. IGN

10. No total, quantas pessoas moram na sua casa?

Entrevistado(a) + |\_\_|\_|\_|

11. Quem são as pessoas que moram em sua casa, além de você:

Mora só 1. Sim 2. Não

Cônjuge ou companheiro(a) 1. Sim 2. Não 8. NSA

Filhos e/ou genros/noras 1. Sim 2. Não 8. NSA Se sim, quantos? |\_\_|\_|\_|

Irmãos e/ou cunhados(as) 1. Sim 2. Não 8. NSA Se sim, quantos? |\_\_|\_|\_|

Pai e/ou mãe 1. Sim 2. Não 8. NSA Se sim, quantos? |\_\_|\_|\_|

Netos 1. Sim 2. Não 8. NSA Se sim, quantos? |\_\_|\_|\_|

Outros 1. Sim 2. Não 8. NSA Se sim, quantos? |\_\_|\_|\_|

Quem \_\_\_\_\_

Número |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Dataent |\_\_|\_|\_|/|\_\_|\_|\_|/2015

Datanas |\_\_|\_|\_|/|\_\_|\_|\_|/19|\_\_|\_|\_|

Idade |\_\_|\_|\_|\_|

Cor |\_\_|\_|\_|

Sitconj |\_\_|\_|

Escola |\_\_|\_|\_|

Trabmes |\_\_|\_|

Sittrab |\_\_|\_|

Numpes |\_\_|\_|\_|

Só |\_\_|\_|

Conj |\_\_|\_|

Filhos |\_\_|\_| Fqtd |\_\_|\_|\_|

Irmãos |\_\_|\_| Iqtd |\_\_|\_|\_|

Paimae |\_\_|\_| PMqtd |\_\_|\_|\_|

Netos |\_\_|\_| Nqtd |\_\_|\_|\_|

Outros |\_\_|\_| Oqtd |\_\_|\_|\_|

Atenmed |\_\_|\_|

Consul |\_\_|\_|

Inter |\_\_|\_|

Motinter |\_\_|\_|

Hospit |\_\_|\_|

12. Quando precisa de atendimento médico (ambulatorial e/ou hospitalar) |\_\_|

1. Paga particular 2. Usa sistema público de saúde (SUS) 3. Tem convênio médico 4. Nunca precisou

13. Qual foi o número de consultas médicas no ano anterior? |\_\_\_\_|

14. Você esteve em internação hospitalar nos últimos 6 meses? |\_\_| 1. Sim 2. Não (Pule para a questão 16)

15. Se sim, qual o motivo: \_\_\_\_\_

16. Você já foi hospitalizada(o) alguma vez na vida? |\_\_| 1. Sim 2. Não

17. Alguma vez um médico ou enfermeiro disse que você tem: Que idade tinha na 1ª. vez? [NSA=88]

Excesso de peso ou obesidade	1. Sim	2. Não	9. IGN	ID _ _
Pressão alta ou hipertensão	1. Sim	2. Não	9. IGN	ID _ _
Açúcar no sangue ou diabetes	1. Sim	2. Não	9. IGN	ID _ _
Colesterol alto ou gordura no sangue	1. Sim	2. Não	9. IGN	ID _ _
Reumatismo, artrite, gota ou lúpus	1. Sim	2. Não	9. IGN	ID _ _
Osteoporose ou ossos fracos	1. Sim	2. Não	9. IGN	ID _ _
doença1? _____	1. Sim	2. Não	9. IGN	ID _ _
doença2? _____	1. Sim	2. Não	9. IGN	ID _ _
doença3? _____	1. Sim	2. Não	9. IGN	ID _ _

Diagobe	_	Idaobe	_ _
Diaghas	_	Idahas	_ _
Diagdm	_	Idadm	_ _
Diagcol	_	Idacol	_ _
Diagreu	_	Idareu	_ _
Diagost	_	Idaost	_ _
Outdoe1	_	Idaod1	_ _
Outdoe2	_	Idaod2	_ _
Outdoe3	_	Idaod3	_ _

18. Alguma vez um médico disse que você teve ou tem: Que idade tinha na 1ª. vez? [NSA=88]

Derrame cerebral	1. Sim	2. Não	9. IGN	ID _ _
Ataque do coração ou infarto	1. Sim	2. Não	9. IGN	ID _ _
Coração grande, insuficiência cardíaca	1. Sim	2. Não	9. IGN	ID _ _
Angina (dor no peito ao caminhar)	1. Sim	2. Não	9. IGN	ID _ _

Derrame	_	Idader	_ _
Infarto	_	Idainf	_ _
ICC	_	Idaicc	_ _
Angina	_	Idangi	_ _

19. Alguma vez você fez: Que idade tinha na 1ª. vez? [NSA=88]

Cateterismo cardíaco	1. Sim	2. Não	9. IGN	ID _ _
Angioplastia/ stent (molinha)	1. Sim	2. Não	9. IGN	ID _ _
Ponte de safena/ mamária	1. Sim	2. Não	9. IGN	ID _ _
Exame de densitometria óssea	1. Sim	2. Não	9. IGN	ID _ _
Outra doença? _____	1. Sim	2. Não	9. IGN	ID _ _

Catete	_	Idacate	_ _
Angio	_	Idangi	_ _
Ponte	_	Idapon	_ _
Densito	_	Idaden	_ _
Outdoe	_	Idaod	_ _

20. Depois de adulto(a), você quebrou algum osso: Que idade tinha na 1ª. vez? [NSA=88]

Mãos ou braço	1. Sim	2. Não	9. IGN	ID _ _
Costelas	1. Sim	2. Não	9. IGN	ID _ _
Ossos coluna	1. Sim	2. Não	9. IGN	ID _ _
Bacia	1. Sim	2. Não	9. IGN	ID _ _
Cabeça ou colo do fêmur	1. Sim	2. Não	9. IGN	ID _ _
Perna ou pé	1. Sim	2. Não	9. IGN	ID _ _

Maofra	_	Idamao	_ _
Cosfra	_	Idacos	_ _
Colfra	_	Idacol	_ _
Bacfra	_	Idabac	_ _
Femfra	_	Idafem	_ _
Perfra	_	Idaper	_ _

21. Nos últimos 12 meses, você tomou remédios para tratar:

Pressão alta ou hipertensão? 1. Sim 2. Não 9. IGN  
 Açúcar no sangue ou diabetes? 1. Sim 2. Não 9. IGN  
 Colesterol alto ou gordura no sangue? 1. Sim 2. Não 9. IGN  
 Excesso de peso ou obesidade? 1. Sim 2. Não 9. IGN  
 Reumatismo, artrite ou inchaço nas juntas? 1. Sim 2. Não 9. IGN  
 Osteoporose ou ossos fracos? 1. Sim 2. Não 9. IGN  
 Depressão? 1. Sim 2. Não 9. IGN  
 Doença do coração? 1. Sim 2. Não 9. IGN

Rehas	<input type="checkbox"/>
Redia	<input type="checkbox"/>
Recol	<input type="checkbox"/>
Repes	<input type="checkbox"/>
Rereu	<input type="checkbox"/>
Reost	<input type="checkbox"/>
Redepre	<input type="checkbox"/>
Recora	<input type="checkbox"/>

22. No último mês você tomou remédio para tratar alguma doença?

1. Sim 2. Não → PULE A 23 9. IGN

Remeum	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------

23. Posso ver as receitas ou as caixas dos remédios que você tomou nas últimas 2 semanas:

Nome comercial / genérico [SE NÃO SABE PEÇA O MOTIVO PARA TER TOMADO]	Prescrito	
	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

24. Você realiza algum trabalho doméstico em sua casa? (lavar louças, tirar pó, consertar roupas e etc..)

0 nunca (menos de uma vez por mês)  
 1 às vezes (somente quando o parceiro ou ajuda não está disponível)  
 2 quase sempre (às vezes com ajuda)  
 3 sempre (sozinho ou com ajuda)

25. Você realiza algum trabalho doméstico pesado (lavar pisos e janelas, carregar lixo, varrer a casa e etc;)?

0 nunca (menos que uma vez por mês)  
 1 às vezes (somente quando um ajudante não esta disponível)  
 2 quase sempre (às vezes com ajuda)  
 3 sempre (sozinho ou com ajuda)

**26. Para quantas pessoas você faz tarefas domésticas na sua casa?**

(incluindo você mesmo(a), preencher 0 se você respondeu nunca nas questões 24 e 25).

|\_\_\_\_\_| pessoas

QBMI24 |\_\_|

QBMI25 |\_\_|

QBMI26 |\_\_|

QBMI27 |\_\_|

QBMI28 |\_\_|

QBMI29 |\_\_|

QBMI30 |\_\_|

**27. Quantos cômodos você tem que limpar, incluindo, cozinha, quarto, garagem, banheiro, porão e etc.**

(preencher 0 se respondeu nunca nas questões 24 e 25).

0 nunca faz trabalhos domésticos

1 1 a 6 cômodos

2 7 a 9 cômodos

3 10 ou mais cômodos

**28. Se limpa algum cômodo, em quantos andares?** (preencher 0 se respondeu nunca na questão 27)

|\_\_\_\_\_| andares

**29. Você prepara refeições quentes para si mesmo(a), ou você ajuda a preparar?**

0 nunca

1 às vezes (1 ou 2 vezes por semana)

2 quase sempre (3 a 5 vezes por semana)

3 sempre (mais de 5 vezes por semana)

**30. Quantos lances de escada você sobe por dia?** (1 lance de escada tem 10 degraus)

0 eu nunca subo lances

1 1-5

2 6-10

3 mais de 10

**31. Se você vai para algum lugar em sua cidade, que tipo de transporte você utiliza?**

0 eu nunca saio

1 carro

2 transporte público

3 bicicleta

4 caminhando

QBMI31 |\_\_|

QBMI32 |\_\_|

QBMI33 |\_\_|

QBMI34 |\_\_|

**32. Com que frequência você faz compras?**

0 nunca ou menos de uma vez por semana

1 uma vez por semana

2 duas a 4 vezes por semana

3 todos os dias

**33. Se você faz compras, que tipo de transporte você utiliza?**

0 eu nunca faço compras

1 carro

2 transporte público

3 bicicleta

4 caminhando

**34. Você pratica algum esporte?** Exemplos: caminhar, correr, nadar, esportes coletivos, lutas, xadrez.

1. Sim (Identifique) 2. Não (pule para a questão 35)

Esporte 1 - Nome / tipo: \_\_\_\_\_

Intensidade (código) (1a) : \_\_\_\_\_

Horas por semana (código) (1b) : \_\_\_\_\_

Quantos meses por ano (código) (1c) : \_\_\_\_\_

Esporte 2 - Nome / tipo: \_\_\_\_\_  
 Intensidade (código) (2a) : \_\_\_\_\_  
 Horas por semana (código) (2b) : \_\_\_\_\_  
 Quantos meses por ano (código) (2c) : \_\_\_\_\_

Esporte 3 - Nome / tipo: \_\_\_\_\_  
 Intensidade (código) (3a) : \_\_\_\_\_  
 Horas por semana (código) (3b) : \_\_\_\_\_  
 Quantos meses por ano (código) (3c) : \_\_\_\_\_

Esporte 4 - Nome / tipo: \_\_\_\_\_  
 Intensidade (código) (4a) : \_\_\_\_\_  
 Horas por semana (código) (4b) : \_\_\_\_\_  
 Quantos meses por ano (código) (4c) : \_\_\_\_\_

Esporte 5 - Nome / tipo: \_\_\_\_\_  
 Intensidade (código) (5a) : \_\_\_\_\_  
 Horas por semana (código) (5b) : \_\_\_\_\_  
 Quantos meses por ano (código) (5c) : \_\_\_\_\_

Esp1a	__
Esp1b	__
Esp1c	__
Esp2a	__
Esp2b	__
Esp2c	__
Esp3a	__
Esp3b	__
Esp3c	__
Esp4a	__
Esp4b	__
Esp4c	__
Esp5a	__
Esp5b	__
Esp5c	__

**35. Você faz alguma atividade de lazer?** Exemplos: crochê, tricô, Assistir Tv, dançar, jogar cartas, jogar bingo, ler, pintar, desenhar, passear.

1. Sim (Identifique) 2. Não (pule para a questão 36)

Atividade de lazer 1 - Nome / tipo: \_\_\_\_\_  
 Intensidade (código) (1a) : \_\_\_\_\_  
 Horas por semana (código) (1b) : \_\_\_\_\_  
 Quantos meses por ano (código) (1c) : \_\_\_\_\_

Atividade de lazer 2 - Nome / tipo: \_\_\_\_\_  
 Intensidade (código) (1a) : \_\_\_\_\_  
 Horas por semana (código) (1b) : \_\_\_\_\_  
 Quantos meses por ano (código) (1c) : \_\_\_\_\_

Atividade de lazer 3 - Nome / tipo: \_\_\_\_\_  
 Intensidade (código) (1a) : \_\_\_\_\_  
 Horas por semana (código) (1b) : \_\_\_\_\_  
 Quantos meses por ano (código) (1c) : \_\_\_\_\_

Atividade de lazer 4 - Nome / tipo: \_\_\_\_\_  
 Intensidade (código) (1a) : \_\_\_\_\_  
 Horas por semana (código) (1b) : \_\_\_\_\_  
 Quantos meses por ano (código) (1c) : \_\_\_\_\_

Atividade de lazer 5 - Nome / tipo: \_\_\_\_\_  
 Intensidade (código) (1a) : \_\_\_\_\_  
 Horas por semana (código) (1b) : \_\_\_\_\_  
 Quantos meses por ano (código) (1c) : \_\_\_\_\_

Ativlazer	__
Ativ1a	__
Ativ 1b	__
Ativ 1c	__
Ativ 2a	__
Ativ 2b	__
Ativ 2c	__
Ativ 3a	__
Ativ 3b	__
Ativ 3c	__
Ativ 4a	__
Ativ 4b	__
Ativ 4c	__
Ativ 5a	__
Ativ 5b	__
Ativ 5c	__

Por favor, tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

36. Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

37. Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

38. Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

39. Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

40. O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

41. Quão preocupado(a) você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

42. O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

43. O quanto você tem medo de morrer?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

44. O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

45. Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

46. Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

47. Até que ponto você está satisfeito(a) com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

Old36	<input type="checkbox"/>
Old37	<input type="checkbox"/>
Old38	<input type="checkbox"/>
Old39	<input type="checkbox"/>
Old40	<input type="checkbox"/>
Old41	<input type="checkbox"/>
Old42	<input type="checkbox"/>
Old43	<input type="checkbox"/>
Old44	<input type="checkbox"/>
Old45	<input type="checkbox"/>
Old46	<input type="checkbox"/>
Old47	<input type="checkbox"/>

48. O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?				
Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
49. Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?				
Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
50. Quão satisfeito(a) você está com aquilo que alcançou na sua vida?				
Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
51. Quão satisfeito(a) você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?				
Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
52. Quão satisfeito(a) você está com o seu nível de atividade?				
Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
53. Quão satisfeito(a) você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?				
Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
54. Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?				
Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
55. Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?				
Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
56. Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?				
Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
57. Até que ponto você sente amor em sua vida?				
Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
58. Até que ponto você tem oportunidades para amar?				
Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
59. Até que ponto você tem oportunidades para ser amada(o)?				
Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

Old48		
Old49		
Old50		
Old51		
Old52		
Old53		
Old54		
Old55		
Old56		
Old57		
Old58		
Old59		

60. Você está basicamente satisfeita(o) com sua vida? 1. Sim 2. Não
61. Você deixou muito de seus interesses e atividades? 1. Sim 2. Não
62. Você sente que sua vida está vazia? 1. Sim 2. Não
63. Você se aborrece com frequência? 1. Sim 2. Não
64. Você se sente de bom humor a maior parte do tempo? 1. Sim 2. Não
65. Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer? 1. Sim 2. Não
66. Você se sente feliz a maior parte do tempo? 1. Sim 2. Não
67. Você sente que sua situação não tem saída? 1. Sim 2. Não
68. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? 1. Sim 2. Não
69. Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria? 1. Sim 2. Não
70. Você acha maravilhoso estar viva(o)? 1. Sim 2. Não
71. Você se sente um(a) inútil nas atuais circunstâncias? 1. Sim 2. Não
72. Você se sente cheia(o) de energia? 1. Sim 2. Não
73. Você acha que sua situação é sem esperanças? 1. Sim 2. Não
74. Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você? 1. Sim 2. Não

Gds60	__
Gds61	__
Gds62	__
Gds63	__
Gds64	__
Gds65	__
Gds66	__
Gds67	__
Gds68	__
Gds69	__
Gds70	__
Gds71	__
Gds72	__
Gds73	__
Gds74	__

75. Você ingere ou já ingeriu durante a sua vida algum tipo de Bebida Alcoólica?

- ( 1 ) Sim. Ingeri e ainda Ingiro.  
 ( 2 ) Sim. Ingeri mas atualmente não utilizo. (Pule para a questão 80)  
 ( 3 ) Não. Nunca ingeri bebidas alcoólicas. (Pule para a questão 80)

76) Alguma vez a você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?  
 1. Sim 2. Não

77) As pessoas lhe aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica?  
 1. Sim 2. Não

78) Você se sente chateada(o) consigo mesma(o) pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas?  
 1. Sim 2. Não

79) Costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?  
 1. Sim 2. Não

Bebalc	__
Cage76	__
Cage77	__
Cage78	__
Cage79	__

80. Você:

- ( 1 ) Já fumou 100 ou mais cigarros durante toda a vida e **atualmente ainda fuma.**  
 ( 2 ) Já fumou 100 ou mais cigarros durante toda a vida e **atualmente não fuma mais.** (Encerre a entrevista)  
 ( 3 ) Nunca fumou ou fumou menos de 100 cigarros durante toda a vida. (Encerre a entrevista)

81. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

- ( 3 ) dentro de 5 minutos ( 2 ) entre 6 e 30 minutos ( 1 ) entre 31 e 60 minutos ( 0 ) após 60 minutos

82. Você acha difícil não fumar em locais onde o fumo é proibido (como igrejas, biblioteca, etc.)?

- ( 1 ) sim ( 0 ) não

83. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação (ou que mais detestaria deixar de fumar)?

- ( 1 ) o primeiro da manhã ( 0 ) outros

84. Quantos cigarros você fuma por dia?

- ( 0 ) 10 ou menos ( 1 ) 11 a 20 ( 2 ) 21 a 30 ( 3 ) 31 ou mais

85. Você fuma mais frequentemente pela manhã (ou nas primeiras horas do dia) que no resto do dia?

- ( 1 ) Sim ( 0 ) Não

86. Você fuma mesmo quando está tão doente que precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

- ( 1 ) Sim ( 0 ) Não

Fumo	__
Ferg81	__
Ferg82	__
Ferg83	__
Ferg84	__
Ferg85	__
Ferg86	__

## ANEXO

### ANEXO A- Parecer Aprovação do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE DO SUL DE  
SANTA CATARINA - UNISUL



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** EFEITO DA ATIVIDADE FÍSICA NO USO DE MEDICAMENTOS E NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS

**Pesquisador:** Fabrício de Souza

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 39400914.9.0000.5369

**Instituição Proponente:** Fundação Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 909.600

**Data da Relatoria:** 09/01/2015

##### **Apresentação do Projeto:**

A pesquisa desatina-se a verificar se a prática regular de atividade física influencia no uso de medicamentos e na qualidade de vida em idosos. Métodos: Estudo transversal, realizado com mulheres com idade igual ou superior a 60 anos, residentes no município de Tubarão/SC. Os dados coletados serão inseridos no programa Epidata 3.1 e exportados para análise estatística no software SPSS (Programa Estatístico para Ciência Social) versão 21.0. As variáveis quantitativas serão descritas com medidas de tendência central e dispersão. Variáveis qualitativas serão descritas em números absolutos e proporções. Para se verificar associação entre as variáveis de interesse, será aplicado teste de qui-quadrado de Pearson, teste t de Student e regressão de Poisson.

##### **Objetivo da Pesquisa:**

Estimar a influência da prática regular de atividades físicas no uso de medicamentos e na qualidade de vida em idosos cadastrados nos programas de atividade física e assistência social do município de Tubarão (SC).

##### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Todo estudo com seres humanos possui riscos, mas os riscos dessa pesquisa são mínimos, pois esta pesquisa trata-se de um estudo transversal, que utilizará entrevista com a aplicação de

**Endereço:** Avenida Pedra branca,25

**Bairro:** Cid.Universitária Pedra Branca

**CEP:** 88.132-000

**UF:** SC

**Município:** PALHOÇA

**Telefone:** (48)3279-1036

**Fax:** (48)3279-1094

**E-mail:** cep.contato@unisul.br

UNIVERSIDADE DO SUL DE  
SANTA CATARINA - UNISUL



Continuação do Parecer: 909.600

questionários para levantamento de dados, bem como também realizará testes de medidas antropométricas, que são testes simples e de riscos mínimos.

E como benefícios serão realizados vários testes, que possibilitarão o conhecimento do estado atual do condicionamento físico e da composição corporal dos participantes do estudo. A longo prazo, os participantes poderão ser beneficiados pelos efeitos das descobertas que este estudo poderá trazer, que se forem confirmados, poderão ser uma alternativa para diminuição do uso de medicamentos e uma melhora na qualidade de vida dos idosos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto em consonância à Resolução CNS 466/12.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos em consonância à Resolução CNS 466/12.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Conclui-se que o projeto apresentou todas as informações necessárias para sua aplicação. Portanto já pode ser aplicado conforme cronograma do pesquisador.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Cabe ressaltar que compete ao pesquisador responsável: desenvolver o projeto conforme delineado; elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

PALHOCA, 11 de Dezembro de 2014

---

**Assinado por:**  
**Fernando Hellmann**  
**(Coordenador)**

Endereço: Avenida Pedra branca,25  
Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca CEP: 88.132-000  
UF: SC Município: PALHOCA  
Telefone: (48)3279-1036 Fax: (48)3279-1094 E-mail: cep.contato@unisul.br