U.PORTO

FACULDADE DE DESPORTO
UNIVERSIDADE DO PORTO

Análise da Auto-Percepção de Qualidade de Vida de Homens e Mulheres entre 18 e 64 anos da Cidade de Aveiro, Portugal

Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de Mestre em Ciências do Desporto, área de especialização em Atividade Física e Saúde (Decreto-Lei nº 216/92), sob orientação do Professor Doutor Jorge Augusto Pinto Silva Mota

Gicele de Oliveira Karini

Porto, 2009

Karini, G. O. (2009). Análise da Auto-percepção de Qualidade de Vida de Homens e Mulheres entre 18 e 64 anos da Cidade de Aveiro, Portugal: Gicele de O. Karini. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

PALAVRAS-CHAVE: QUALIDADE DE VIDA; AUTO-PERCEPÇÃO; ATIVIDADE FÍSICA.

Dedicatória

À minha Avó Celina, que é o meu maior exemplo de força, luta, carinho e perseverança. Aos meus Pais, Tânia e Roberto, pelo amor incondicional a mim dispensado e por sempre acreditarem no meu potencial. Ao meu marido Gabriel, por sempre lutar junto à mim.

Agradecimentos

Primeiramente, gostaria de agradecer à Deus, por iluminar o meu caminho e minha vida, conduzindo-me sempre à melhor direção.

À todos os Professores que fizeram parte da minha formação superior e que dedicaram-se incansavelmente na construção do meu crescimento intelectual.

Ao meu orientador, Professor Dr. Jorge Mota, pela oportunidade de podermos trabalhar juntos e pela paciência e rapidez com que sempre respondeu às minhas dúvidas.

Ao meu querido Gabriel, pelo incansável apoio e incentivo ao meu Mestrado. Pela paciência e por todo o amor a mim dispensados durante todos esses anos juntos. À toda ajuda dada na realização desse trabalho e por todo o apoio dado às minhas decisões. Por ser o meu maior exemplo de dedicação e empenho.

Aos meus pais, avós e irmãs, que durante todo esse tempo estiveram tão longe, mas ao mesmo tempo tão perto de mim, sempre incentivando minha formação e dando palavras de apoio e carinho durante todo o tempo que estive longe, e por constituirem o meu principal alicerce da vida.

À minha irmã Francine e ao meu cunhado, Luis Otávio, que foram muitas vezes meus pais, dando toda a base de suporte aos problemas que surgiam. Aos meus sobrinhos que eu tanto amo. Para sempre estarei devendo toda essa ausência.

Aos meus colegas do Holmes Place, em especial ao Alex e a Manuella, pelas palavras de carinho, amizade, ajuda e incentivo na realização deste trabalho.

Ao meu colega e amigo Giovâni, pelo apoio à mim dado mesmo num momento acadêmico tão difícil.

Aos meus amigos, que mesmo estando longe, participaram também desse momento de realização pessoal.

À todas as pessoas que de uma forma direta ou indireta ajudaram-me a trilhar o caminho para essa enorme conquista. Muito obrigada!

Índice Geral

Resumo.....XI

Abstract.....XIII

Résumé.....XV

1 Introdução 1

2 Revisão de Literatura 7

2.1 A importância de um estilo de vida ativo 9

2.2 Prevalência de Atividade Física 15

2.3 Conceito de Qualidade de Vida..... 17

2.4 Benefícios da Atividade Física para a Qualidade de Vida..... 20

2.5 Fatores que Influenciam a Qualidade de Vida 25

3 Objetivos 29

3.1 Objetivo Geral 31

3.2 Objetivos Específicos 31

4 Hipóteses 33

5 Metodologia..... 37

5.1 Delineamento da Pesquisa 39

5.2 Amostra do Estudo..... 39

5.3 Coleta de Dados e Procedimentos Metodológicos..... 41

5.4 Instrumento de Avaliação Utilizado 43

5.4.1 Questionário MOS SF-36 43

5.5 Procedimentos Estatísticos 47

6 Apresentação dos Resultados 49

6.1 Descrição da Amostra..... 51

6.2 Comparação dos domínios da qualidade de vida de acordo com as variáveis independentes do estudo 54

7 Discussão..... 69

7.1 Auto-Percepção de Qualidade de Vida e Índice de Massa Corporal .. 71

7.2 Auto-Percepção de Qualidade de Vida e Idade 74

7.3 Auto-Percepção de Qualidade de Vida e Gênero 77

7.4 Auto-Percepção de Qualidade de Vida e Estado Civil 78

7.5 Auto-Percepção de Qualidade de Vida e Escolaridade..... 79
7.6 Auto-Percepção de Qualidade de Vida e Atividade Física..... 80
7.7 Auto-Percepção de Qualidade de Vida e Fatores de Riscos 83
7.8 Considerações Finais..... 86
8 Conclusões 87
9 Bibliografia 91
10 Anexos..... XVII

Índice de Tabelas

Tabela 1- Características gerais da amostra..... 40
Tabela 2 – Descrição da amostra segundo variáveis sócio-demográficas, antropométricas e presença ou não de fatores de riscos a cardiopatias..... 52
Tabela 3- Médias de escore de qualidade de vida em todos os domínios, segundo a variável independente gênero: 55
Tabela 4- Média dos escores para os oito domínios que constituem a Qualidade de Vida, segundo os dois grupos etários que constituiram a amostra: 56
Tabela 5- Escores médios de todos os domínios da qualidade de vida em relação à variável independente Escolaridade: 57
Tabela 6- Médias de Escores dos domínios da qualidade de vida em relação à variável independente Estado Civil. 58
Tabela 7- Resultados da variável independente Atividade Física em relação à todos os domínios que compõem a qualidade de vida:..... 61
Tabela 8- Escores médios segundo os domínios que compõem a qualidade de vida relativamente a variável independente Índice de Massa Corporal:..... 63
Tabela 9- Escores médios de todos os domínios, em relação à variável independente Hipertensão Arterial: 64
Tabela 10- Médias de escores e desvios-padrão de cada domínio da qualidade de vida comparativamente com a variável independente Tabagismo: 65
Tabela 11- Médias gerais em todos os domínios de Qualidade de Vida em relação ao uso ou não da variável Etilismo 67

Índice dos Anexos

Anexo 1: Carta de Consentimento. XIX
Anexo 2: Questionário para obter dados acerca das características pessoais, dados antropométricos e alguns dos fatores de risco ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares. XX
Anexo 3: Questionário utilizado para mensurar Qualidade de Vida. XXI

Resumo

A compreensão dos fatores que exercem influência na Qualidade de Vida é essencial para a elaboração de estratégias que melhorem a percepção da vida de cada indivíduo. Esta pesquisa teve como objetivo avaliar a Qualidade de Vida de sujeitos participantes de um Health Club, em Aveiro, comparativamente à sujeitos sedentários, assim como analisar a Qualidade de vida tendo em conta as variáveis sócio-demográficas, antropométricas, nomeadamente o Índice de Massa Corporal e a presença ou não de alguns dos fatores de risco à doenças cardiovasculares. A amostra consistiu de 201 sujeitos entre 18 e 64 anos, onde 101 eram fisicamente ativos e 100 eram sedentários. A análise subjetiva da Qualidade de Vida foi realizada através do questionário MOS SF-36, que é composto por oito domínios, divididos em duas grandes componentes: físicas e mentais. Os resultados do presente estudo indicam que sujeitos ativos possuem melhores percepções de Qualidade de Vida em praticamente todos os domínios, com exceção da Dor Corporal. Homens apresentam melhores percepções de Funções Físicas comparativamente às mulheres. Adultos-Jovens apresentaram melhores percepções nos domínios Função Física, Desempenho Físico e Dor, quando comparados ao grupo de segunda idade. Sujeitos com Ensino Superior possuem melhores percepções nas Funções Físicas, Desempenho Físico e Vitalidade. Indivíduos que vivem Sem Companheiro obtiveram melhores escores nas Funções Físicas. Relativamente ao Índice de Massa Corporal, sujeitos com peso normal demonstraram ter melhores Funções Físicas e Vitalidade. Indivíduos Hipertensos apresentaram escores inferiores nos domínios Função Física e Vitalidade, assim como sujeitos fumantes demonstraram escores inferiores na Percepção Geral de Saúde. Dessa forma, torna-se fundamental o encorajamento à prática regular de Atividade Física e adoção de hábitos de vidas mais saudáveis para a obtenção de melhorias na Qualidade de Vida.

Palavras-Chave: Qualidade de Vida, Auto-Percepção, Atividade Física

Abstract

Understanding the factors that influence the quality of life is essential for developing strategies to improve the self-perception of life in each individual. This study aimed to evaluate the quality of life of individuals members of a Health Club, in Aveiro, in comparison with sedentary individuals, as well as analyzing the quality of life considering the socio-demographic variables, anthropometrics, namely the body mass index and the presence or absence of some risk factors for development of cardiovascular diseases. The sample was composed of 201 individuals with ages ranging from 18 to 64. The individuals physically active totalized 101 and 100 were sedentary. The subjective analysis of quality of life was conducted using the questionnaire MOS SF-36, composed of eight domains divided into two major components: physical and mental. The results of this study have indicated that active individuals have better perceptions of quality of life in almost all domains, with the exception of body pain. Men have better perceptions in Physical Function than women. Young Adults have showed better perceptions in domains such as Physical Function, Physical Performance and Pain for the second age group. Individuals with academic education have shown better perceptions in Physical Function, Physical Performance and Vitality. Individuals who live alone have shown better scores in the Function domain. In relation to Body Mass Index, individuals with normal weight have shown better Physical Function and Vitality. Hypertensive individuals have shown poor scores in the Physical Function and Vitality domains, as well as smokers who have shown poor scores in the general perception of health. Thus, it is fundamental the encouragement of regular practice of physical activity and the adoption of a healthier lifestyle in order to improve the quality of life.

Key Words: Quality of life, Self-Perception, Physical Activity.

Résumé

La compréhension de motifs qui exercent influence à la Capacité de Vie est essentielle pour la mise au point de stratégies plus satisfaisantes à la perception de vie de chacun. Cette recherche a eu le but d´évaluer la Qualité de Vie de participants d'un Health Club, à Aveiro, en comparaison à des gens sédentaires, ainsi que d'analyser la Qualité de vie en ayant compte les variations sociodémographiques, anthropométriques, surnommées l'Index de Masse Corporelle et la présence ou l´absence de quelques éléments de risque à pathologies cardiaques et vasculaires. L'échantillon a consisté de 201 individus entre 18 et 64 ans, d`où 101 étaient physiquement actifs et 100 étaient sédentaires. L'analyse subjective de la Qualité de Vie a été accomplie à travers du questionnaire MOS SF-36. Les résultats de cet étude, en fait indiquent que les individus actifs ont de meilleures perceptions de Qualité de Vie de la plupart des domaines, à l´ exception de la douleur corporelle. Les hommes présentent de meilleures perceptions des Fonctions Physiques que celles présentés par les femmes. Des adultes-jeunes ont présenté de meilleures perceptions aux domaines Fonction Physique, Exécution d´Exercices Physiques et Douleur, lorsqu´ils ont été comparés au groupe de la deuxième âge. Des personnes avec l´Enseignement Supérieur possèdent de meilleures perceptions aux Fonctions Physiques, Exécution d´Exercices Physiques et de la Vitalité. Des gens qui vivent sans compagnons ont obtenu des meilleurs scores aux Fonctions Physiques. À l'égard de l'Index de Masse Corporelle, les individus qui ont des poids normaux ont prouvé avoir des meilleures Fonctions Physiques et de la Vitalité. Les personnes qui ont l´hypertension, par conséquence ont présenté des scores inférieurs aux domaines de la Fonction Physique et de la Vitalité, ainsi que les fumeurs ont démontré des scores inférieurs à la Perception Générale de Santé. De cette façon, il est fondamental l'encouragement à la pratique régulière de l'Activité Physique et l'adoption d'habitudes de vies plus saines pour obtenir l'amélioration à la Qualité de Vie.

Mots Clé : Qualité de Vie, Auto-Perception, Activité Physique

1 Introdução

Sendo qualidade de vida uma percepção pessoal da posição do indivíduo em relação a vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1995), a qualidade de vida torna-se importante na medida em que podemos mensurar o quanto o estilo de vida pode influenciar nessa auto-percepção geral do indivíduo.

Nessa linha de pensamento, Nahas (2006) identifica que existem parâmetros pessoais e sócio-ambientais, modificáveis ou não, que interferem diretamente na qualidade de vida do indivíduo. Dentre os fatores pessoais, é possível destacar o nível de atividade física habitual, que apresenta uma relação direta com outros fatores pessoais relacionados ao estilo de vida, fatores esses que interferem diretamente na qualidade de vida do indivíduo, tais como hábitos alimentares, relações sociais, controle dos níveis de estresse, dentre outros.

Sabe-se hoje que uma das principais causas de morbimortalidade no mundo estão associadas às doenças crônico-degenerativas. Doenças estas que constantemente aparecem em estudos relacionadas ao estilo de vida sedentário, cada vez mais comum entre todas as faixas etárias da população. Desta forma, torna-se compreensível que o combate a inatividade física atualmente seja uma prioridade da agenda de saúde pública mundial, sendo o sedentarismo também um possível preditor de baixos níveis de qualidade de vida percebida.

Da mesma forma, qualidade de vida vem sendo um tema constantemente estudado por diferentes áreas relacionadas a saúde, a medida que seus benefícios atingem tanto populações não saudáveis quanto populações saudáveis, tornando-se mais usual nas ciências da saúde incluindo a ciência do exercício.

As pesquisas no âmbito da qualidade de vida demonstram fortes tendências na valorização dos aspectos da vida que afetam a saúde

física e mental percebida da população, e a avaliação da qualidade de vida torna-se uma medida essencial para um melhor entendimento do nível de saúde das pessoas (Brown et al., 2004).

Segundo Ross et al. (2009), qualidade de vida tem sido tratada como um preditor de mortalidade, de tal forma que níveis baixos de qualidade de vida correspondem a um aumento do risco de mortalidade, enquanto maiores níveis de qualidade de vida estão associados a reduções nos riscos de mortalidade.

Ainda sobre a temática qualidade de vida, muitos esforços vem sendo orientados, quer no meio acadêmico, quer no eixo das políticas públicas, com o intuito de perceber o impacto da obesidade sobre os níveis de qualidade de vida.

Nesse sentido, sabemos que este é um problema que vem aumentando consistentemente no mundo, tanto em países desenvolvidos quanto em países em processo de desenvolvimento ou subdesenvolvidos. A obesidade aparece em diversos estudos constantemente associada a maiores riscos de morbimortalidade.

Quanto a sua influência nos níveis de qualidade de vida, estudos comprovam que pessoas com sobrepeso tendem a relatar menores percepções de qualidade de vida. Pessoas com excesso de peso, quando submetidas a uma mudança de estilo de vida com consequente redução de peso, melhoram substancialmente seus escores de qualidade de vida, sendo que as principais mudanças ocorrem a nível de saúde geral, vitalidade, funções físicas e saúde mental (Fontaine et al., 1999).

Sobre a relação da atividade física com a qualidade de vida, Wendel-Vos et al. (2004) afirma que a atividade física regular pode influenciar a qualidade de vida basicamente em duas vertentes: nas funções físicas e no bem-estar das pessoas.

Estudos comprovam que um treino adequado de resistência e até

mesmo o treinamento de endurance melhoram a saúde física, com excelentes resultados a nível de saúde mental, melhorias nas funções físicas, reduções nos níveis de dores e melhores percepções de saúde geral (Damush & Damush, 1999; Stewart et al., 1993).

Torna-se pertinente ressaltar que para obtenção de melhorias na qualidade de vida, a atividade física deve ser realizada de forma moderada, e com os devidos tempos de descanso, pois a prática de atividade física intensa todos os dias da semana foi associada a pobres escores de qualidade de vida (Brown et al., 2004).

Portanto, é importante ressaltar os benefícios de um programa regular de atividades físicas na auto-percepção de qualidade de vida. Os resultados de uma mudança de estilo de vida são, em sua grande maioria, extremamente positivos.

A medida em que as pessoas abandonam o estilo de vida sedentário, tornam-se menos suscetíveis a doenças de origem metabólica ou crônico-degenerativas, controlam mais facilmente o peso corporal, aumentam os níveis de independência, vitalidade, além de diminuirem o risco de morte por todas as causas.

Levando em consideração o fator profilático e preventivo da atividade física relativamente ao surgimento de diversos tipos de patologias e a relação diretamente proporcional entre níveis de atividade física adequados e melhores percepções de qualidade de vida, este estudo justifica-se de forma a interagir com os parâmetros de vida modificáveis dos indivíduos, com o objetivo de conhecer melhor os padrões e estilos de vida influenciados ou não pela prática regular de atividade física de forma a fomentar melhores escores de qualidade de vida na população.

Portanto, parece fácil justificar a importante influência da atividade física na qualidade de vida das pessoas. Sujeitos ativos são mais saudáveis fisicamente e mentalmente, com percepções positivas da

vida, mais satisfeitos consigo, e, consequentemente, com melhores escores de qualidade de vida.

2 Revisão de Literatura

2.1 A importância de um estilo de vida ativo

Sendo o estilo de vida um conjunto de comportamentos e hábitos do indivíduo que podem afetar diretamente a sua saúde (Bouchard et al., 1990), a prática de atividade física torna-se, impreterivelmente, parte de um estilo de vida, associando-se claramente à saúde e a qualidade de vida das pessoas (Mota & Sallis, 2002; Nahas, 2006), além de tornar-se um componente fundamental e integrado dentro do quotidiano das pessoas (Mota & Sallis, 2002).

Desta forma, o estilo de vida passou a ser um determinante de saúde com maior influência na mortalidade da população (Martinez-Gonzalez et al., 2001) e o estilo de vida ativo tornou-se fundamental na diminuição do número de mortes por todas as causas e na promoção da saúde.

Reforçando esse pensamento, Nahas (2006) estima que dois terços das mortes provocadas por doenças que de alguma forma poderiam ser evitadas, estão fortemente relacionadas a três tipos de comportamentos: tabagismo, alimentação inadequada e sedentarismo. Nos países desenvolvidos, mais especificamente nos Estados Unidos, estima-se que as duas principais causas de morte sejam o tabaco e o estilo de vida sedentário (Ferrucci et al., 1999).

Os benefícios da atividade física estão muito evidenciados na literatura, tanto na prevenção como no auxílio terapêutico a diferentes tipos de doenças crônico-degenerativas e metabólicas. Mesmo com tais evidências, a inatividade física torna-se cada vez mais comum tanto em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, quanto em países ricos.

Um estudo realizado por Kearney et al. (1999) mostra que 90% da população europeia acredita nos benefícios da atividade física para uma melhoria da saúde e do bem-estar geral. De qualquer forma, neste mesmo estudo foi comprovado que dois terços dessa população não atinge o índice

mínimo atualmente recomendado para a prática de atividade física.

A prevalência e o alto custo social do sedentarismo vem repercurtindo de maneira negativa tanto na qualidade quanto na expectativa de vida dos indivíduos. Essa lacuna que existe entre o conhecimento da maior parte da população acerca dos benefícios da atividade física e o baixo percentual que atinge as recomendações mínimas para a profilaxia de inúmeras doenças associadas ao sedentarismo segue sendo um grande desafio para a ciência do exercício (Blamey & Mutrie, 2003).

Resultados de estudos epidemiológicos tem estabelecido que um estilo de vida sedentário aumenta a incidência de pelo menos 17 tipos de doenças, estando fortemente associado a doenças coronarianas (Booth et al, 2000). Em contrapartida, a atividade física mostrou-se eficaz no processo terapêutico de inúmeras doenças, incluindo redução de dores e desconfortos causados por osteoartrite, diminuição do número de óbitos por todas as causas em pacientes com doenças crônicas e falências cardíacas, além de agir beneficamente em relação a síndromes metabólicas e demonstrar muita eficácia no tratamento de indivíduos com diabetes mellitus tipo II (Kujala, 2002; Boule et al 2001; Taylor et al, 2004; Smart & Marwick 2004; Martinez-Gonzalez et al., 2001). Desta forma, promover um estilo de vida ativo na população é um grande passo para evitarmos morbidades advindas de uma vida inativa.

A atividade física é uma forma muito eficaz de prevenir e até mesmo diminuir os fatores de risco ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, além de fazer reduzir os elevados custos de saúde resultantes de uma vida sedentária, assim como aumentar a independência, capacidade funcional e a expectativa de vida de pessoas idosas (Kujala, 2005).

Identificar os fatores determinantes à prática de atividade física vem sendo uma prioridade da agenda de saúde pública (WHO, 2004). Diversos estudos demonstram a importância de ter um estilo de vida ativo desde a

infância e adolescência, pois estes hábitos parecem refletir-se diretamente com o nível de atividade física na idade adulta (Azevedo et al., 2007; Beunen et al., 2004; Gordon-Larsen et al., 2004; Tammelin et al., 2003).

Visto a relevância de um estilo de vida ativo na infância, é importante ressaltar que esse incentivo a prática de desportos ou de alguma atividade física deve-se dar de forma a não promover uma experiência negativa na criança, pois essa experiência pode refletir-se negativamente pelo resto da vida, influenciando a adoção de uma postura sedentária na idade adulta (Taylor et al., 1999).

Dessa forma, o meio acadêmico mostra-se preocupado em desvendar os motivos que levam as pessoas a praticarem atividade física. Nesse sentido, a literatura mostra que existe um ponto comum entre as pessoas que praticam atividade física e as pessoas que desistem dessas atividades. Ambas têm a crença dos benefícios trazidos por uma vida ativa, porém, mesmo estando conscientes de tais benefícios, essa crença não é suficiente para que as pessoas não abandonem a prática de atividade física (Mota & Sallis, 2002).

Acerca da motivação para o exercício, é importante salientar que a experiência da atividade física na infância ou adolescência e até mesmo na vida adulta deve ser sempre positiva, de forma a refletir de maneira prazerosa no dia-a-dia de seus praticantes . A crença dos benefícios de uma vida ativa na saúde das pessoas é fundamental, mas a experiência prazerosa de um estilo de vida ativo é preponderante para que hajam maiores níveis de retenção dos indivíduos junto a atividade física.

De qualquer maneira, o conhecimento sobre os benefícios de um estilo de vida ativo ainda é uma das ferramentas que temos em mãos para erradicar alguns dos grandes problemas da sociedade hodierna. Problemas estes que vão desde a inclusão e integração social, até altas percentagens populacionais

de crianças e adultos obesos[1], e que poderiam ser evitados ou diminuidos com a prática de atividade física.

Sobre obesidade, é possível inferir que em tempos passados vivíamos numa premissa de que ser obeso era sinônimo de ter saúde, de ser forte, bem-sucedido e até mesmo sinônimo de riqueza. No entanto, hoje temos o conhecimento das elevadas agressões metabólicas que o excesso de peso e gordura corporal promovem no organismo (Guedes & Guedes, 1998), além dos danos psicológicos e sociais provocados nos indivíduos obesos.

Sendo indicada pela literatura especializada (Sorensen, 1999; Hopman, 2007; Pérez, 2007) como um importante e eficiente método de intervenção no combate a obesidade, a atividade física sempre que associada a uma dieta equilibrada, ajuda no controle do peso corporal, aumentando o dispêndio calórico e mantendo os níveis de massa muscular. Além disso, promove uma melhor distribuição da gordura corporal, evitando o acúmulo de gordura visceral e reduzindo os fatores de riscos ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares (Mota & Sallis, 2002).

A obesidade pode ser causada por diversos fatores, sendo os baixos níveis de atividade física e alta ingestão calórica diária os fatores mais comuns. Em casos mais raros, disfunções hormonais e problemas no hipotálamo também podem desencadear a doença.

Conforme Wright et al. (1997), devido aos hábitos adotados pela família e a heranças genéticas, crianças obesas filhas de pais obesos têm maiores chances de tornarem-se adultos obesos. Alguns estudos demonstram também uma elevada ingestão diária de lipídios feita por crianças e adolescentes, sendo confirmado por Kazapi et al. (2001), que ao final do estudo

[1] A obesidade é considerada uma das maiores epidemias da atualidade. De etiologia multifatorial, a obesidade pode ser causada por diversos fatores, que na sua grande maioria incluem dieta desequilibrada e inatividade física. Apenas um pequeno percentual de pessoas com obesidade deve-se a fatores endócrinos ou causas genéticas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO), 26% dos Portugueses têm sobrepeso ou obesidade. Já no Brasil, 51,7% da população têm sobrepeso ou é obesa.

contabilizaram 35% dos alunos de escolas públicas e privadas com elevado consumo de gorduras.

Na mesma linha de investigação, Shoup et al. (2008) realizaram uma pesquisa envolvendo crianças obesas, com sobrepeso e com o peso normal, na qual foi aplicado um questionário para mensurar a qualidade de vida dos três grupos. Como esperado, o grupo de crianças obesas e com sobrepeso apresentou um escore de qualidade de vida muito inferior as crianças com o peso normal. Além disso, verificou-se nas crianças acima do peso menor interação social, menor auto-estima, maior timidez e menor auto-confiança, sendo estes fatores psicológicos e sociais que interferem diretamente no nível de qualidade de vida.

Em relação a influência positiva em alguns fatores psicológicos associados a prática de atividade física, Dishman et al. (2006), afirmam em seu estudo que um estilo de vida ativo influencia positivamente aspectos relacionados ao auto-conceito, além de diminuir significativamente os riscos de depressão em adolescentes mulheres, independentemente do aspecto físico.

A atividade física influencia a saúde de modo que as pessoas que praticam algum tipo de exercício físico encorajam-se a adotar estilos de vida mais saudáveis, como por exemplo, menor uso do tabaco, melhor qualidade na alimentação, menor tempo dispendido na frente da televisão e menor consumo de drogas leves (Pate et al., 1996; Mota & Sallis, 2002).

O entendimento dos fatores limitantes à prática de atividade física torna mais viável a aplicação de uma intervenção por parte dos professores e órgãos responsáveis pela promoção de um estilo de vida ativo.

Na literatura, diversos fatores limitantes estão associados ao sedentarismo. Um dos fatores mais associados a inatividade física, relatado pelos indivíduos sedentários, é a ausência de tempo (Brownson et al., 2001), além da falta de motivação, status de peso, características demográficas,

dentre outros. No entanto, um estudo realizado por Burton & Turrel (2000) não encontrou associação significativa entre o número de horas trabalhadas dos indivíduos da amostra estudada e o sedentarismo no período do lazer.

Se considerarmos as recomendações mínimas associadas a melhorias e benefícios a nível de saúde[2], todos os indivíduos adultos devem praticar no mínimo 150 minutos de atividade física aeróbia de intensidade moderada todas as semanas, podendo ser esse tempo fracionado no decorrer dos dias da semana. Tendo em conta esses parâmetros, torna-se questionável o fato da maior parte da população relatar a falta de tempo como fator preponderante para a inatividade física.

Outro fator relatado como “barreira” à prática de atividade física são os elevados custos das academias e health clubs. Contrapondo esta barreira, Blacklock et al. (2007) apresentam os aspectos positivos da caminhada, caracterizado-a por ser uma atividade física acessível, de baixo custo, intensidade ajustável a qualquer faixa etária e uma atividade claramente associada a melhorias no estado geral de saúde.

Dessa forma, torna-se clara e preponderante a importância de uma alteração no estilo de vida da população sedentária, visto a efetividade dos resultados encontrados com a prática regular de atividade física, bem como o conjunto de alterações e hábitos de vida saudáveis que automaticamente são incorporados no cotidiano da população que torna-se ou que é efetivamente ativa.

Essa mudança na rotina de vida dos sujeitos ativos, que em geral engloba fatores sociais, físicos, psicológicos e fisiológicos, é o que deve ser o fator propulsor na busca pela prática de atividade física e de um estilo de vida mais saudável, visto que a atividade física age como um processo não farmacológico na profilaxia de inúmeras patologias já no texto referidas, atuando de forma a melhorar o estado físico geral e a qualidade de vida de

[2] Segundo os “guidelines” do Centers for Disease Control and Prevention do American Colege of Sports Medicine.

seus praticantes.

De fato, verifica-se na literatura fortes evidências na associação entre um estilo de vida ativo à maiores níveis de saúde física e mental, estando estes associados à maiores níves de qualidade de vida.

2.2 Prevalência de Atividade Física

Como anteriormente relatado, os níveis de sedentarismo tornam-se cada vez mais preocupantes quando levamos em consideração a população em geral. No último século, os comportamentos sociais conduzem a população a adotar estilos de vida menos ativo. Nesse sentido, alguns fatores como trabalho sedentário e má qualidade na alimentação, aliados ao tabagismo, alcoolismo, e sedentarismo no tempo de lazer são um dos principais fatores de risco ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares e crônico-degenerativas.

Dentro deste contexto, a atividade física no lazer vem emergindo como um importante fator preventivo a diversas enfermidades já anteriormente relatadas, visto o aumento das atividades ocupacionais sedentárias e da inatividade física no domínio lazer na população.

Desta forma, cabe aos profissionais da área da saúde mobilizarem-se de forma a persuadir as pessoas a adotarem estilos de vida mais saudáveis, afim de tentar reduzir os níveis de sedentarismo na população em geral, principalmente durante o tempo de lazer.

Dentro desse contexto, tornam-se relevantes os dados científicos que identificam as áreas com maiores índices de inatividade física.

Na Europa, os níveis de atividade física durante o período de lazer são muito superiores nos países do norte, com destaques para Finlândia e Suécia, onde mais de 90% da população faz atividade física durante o período de lazer.

Em contrapartida, Portugal apresentou a mais baixa estimativa de atividade física durante o lazer. Apenas 40,7% da população relatou fazer alguma atividade física nesse período, mostrando, com tais resultados, que nem sempre o fato do clima ser mais propício a essa prática tem alguma influência no comportamento da população (Martinez-Gonzalez et al., 2001).

Referindo ainda o mesmo estudo, o percentual de atividade física durante o lazer foi maior em pessoas com o nível escolar superior, sendo que os homens relataram um maior percentual de atividade física comparativamente às mulheres. A atividade física também mostrou-se decadente conforme o aumento da faixa etária populacional.

Nos Estados Unidos, um dos principais objetivos do Departamento de Saúde e Serviços Humanos para o ano de 2010 é aumentar o percentual de população adulta que faça regularmente 30 minutos diários de atividade física, visto o alto e corrente percentual de indivíduos sedentários na população norte-americana.

Em estudo realizado pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos no ano de 2005, o nível de atividade física da população masculina entre 18 e 25 anos foi de 62%, enquanto a população feminina, na mesma faixa etária, obteve 52,7% de presença em atividades físicas dentro dos protocolos estabelecidos[3] (Kruger et al., 2007).

No Brasil, um estudo realizado com 3100 indivíduos reportou que 47,9% dos homens e apenas 24,6% das mulheres fazem 150 minutos ou mais de atividade física por semana durante o período de lazer (Azevedo et al., 2007).

Ainda no mesmo estudo, novamente as mulheres apresentam um menor nível de atividade física e, indivíduos com maiores níveis de escolaridade e

[3] No mínimo 30 minutos de atividade física diária, de intensidade moderada em 5 ou mais dias da semana ou no mínimo 20 minutos de atividade física de intensidade vigorosa diária, em 3 ou mais dias da semana, ou ambos.

melhor condição sócio-econômica novamente apresentaram maiores percentuais de atividade física no domínio lazer.

Alguns fatores vem sendo documentados na literatura como determinantes para que a população adote e mantenha um estilo de vida mais ativo, dentre eles: status sócio-econômico, grau de escolaridade, status de saúde, posição geográfica e influências culturais são os fatores mais associados com maiores níveis de atividade física (Hu et al., 2002; Varo et al., 2003).

Por outro lado, o meio acadêmico identificou alguns fatores que estão fortemente associados com um estilo de vida mais sedentário, como por exemplo a obesidade/sobrepeso e um baixo nível sócio-econômico (Trost et al., 2002; Varo et al., 2003).

Em relação aos diversos estudos que avaliam o nível de atividade física da população, é pertinente ressaltar que os tipos de instrumentos utilizados para mensurar atividade física variam de estudo para estudo (Martinez-Gonzalez et al., 2001; Pate et al., 2002).

Mesmo assim, as baixas prevalências de atividade física encontradas na maior parte da população transcrevem a importância de uma intervenção rápida para a diminuição da morbimortalidade populacional e para maiores níveis de qualidade de vida dentre os indivíduos que engajarem-se num programa regular de atividade física.

2.3 Conceito de Qualidade de Vida

Há algumas décadas, os pesquisadores da área da saúde buscam clarificar e conceitualizar o termo qualidade de vida.

Qualidade de vida vem sendo um termo constantemente utilizado por profissionais no âmbito da saúde, além de estar frequentemente presente nos

temas de seminários e congressos, porém, sua definição poucas vezes é referida.

Quando referido o seu significado, muitas vezes limitado, a qualidade de vida é relacionada somente à saúde, restringindo todas as vertentes que também fazem parte da qualidade de vida, deixando seu conceito empobrecido e vazio de significados (Minayo et al., 2000).

Segundo revisão feita por Seidl & Zannon (2004), o conceito de qualidade de vida vem evoluindo com o passar dos anos. Na década de 70, o conceito de qualidade de vida passou a ser estudado com maior frequência, visto que, segundo Campbell (citado por Awad & Voruganti, 2000), qualidade de vida era “uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é”.

Na mesma revisão, os autores salientam a evolução do conceito de qualidade de vida nos anos 80, onde os estudiosos já percebiam que qualidade de vida era um fenômeno que envolvia diferentes vertentes. Já na década de 90, parece criar-se um consenso de que o conceito de qualidade de vida é multidimensional e subjetivo.

De acordo com a evolução do conceito no decorrer dos anos, pôde-se perceber que inicialmente, a qualidade de vida quando mensurada, implicava sempre a presença de um profissional da área da saúde. Nos dias de hoje, entende-se claramente que a qualidade de vida é uma percepção pessoal de cada uma das dimensões da vida, que só deveria ser mensurada pela própria pessoa que a vivencia (Seidl & Zannon, 2004).

Conforme a Organização Mundial de Saúde, qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1995).

A definição de qualidade de vida pela Organização Mundial da Saúde mostra toda a complexidade e subjetividade de seu conceito, que engloba aspectos pessoais, sociais, psicológicos, culturais e ambientais, de uma maneira auto-percebida por quem está sendo avaliado.

Tendo em conta uma perspectiva mais holística, Nahas (2006) define qualidade de vida como sendo “a percepção de bem-estar resultante de um conjunto de parâmetros individuais e sócio-ambientais, modificáveis ou não, que caracterizam as condições em que vive o ser humano” (pp. 14, 2006).

O mesmo autor classifica como fatores sócio-ambientais a moradia, transporte, segurança, assistência médica, condições de trabalho e remuneração, educação, opções de lazer, meio-ambiente, etc. E como parâmetros individuais a hereditariedade e o estilo de vida, que de uma forma geral inclui hábitos alimentares, gestão do estresse, atividade física habitual, relacionamentos, dentre outros.

Dessa forma, qualidade de vida poderia ser então o resultado de uma auto-percepção de bem-estar, considerando as condições gerais de vida e características pessoais/individuais.

Segundo Minayo et al. (2000), qualidade de vida é uma percepção humana que aproxima-se do grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental. Pressupõe uma síntese do que determinada sociedade considera padrão para seu conforto ou bem-estar. É uma inter-relação de fatores objetivos e subjetivos interagidos com determinada cultura.

Para Martin & Stockler (1998), qualidade de vida é definida em termos distanciais entre as expectativas individuais e a realidade na qual a pessoa vive, sendo que quanto menor for a distância entre as expectativas pessoais e a realidade vivenciada, melhor será a qualidade de vida.

Muitos esforços estão sendo feitos ambicionando um conceito padrão

para qualidade de vida. A definição de qualidade de vida deve ser encarada de uma forma mais genérica, numa visão mais global do indivíduo.

A qualidade de vida, diferentemente da qualidade de vida relacionada a saúde, jamais poderá ser restringidamente mensurada em uma amostra populacional não saudável. Já a qualidade de vida relacionada a saúde, embora várias vezes utilizada como sinônimo de qualidade de vida por muitos autores, implica aspectos mais diretamente relacionados a enfermidades ou a intervenções na saúde do indivíduo (Seidl & Zannon, 2004).

Dessa forma, Guiteras & Bayés procuram definir qualidade de vida relacionada a saúde como “a valoração subjetiva que o paciente faz de diferentes aspectos de sua vida, em relação ao seu estado de saúde” (pp. 179, 1993). Ou seja, enquanto um conceito é multidimensional, multifatorial e mensurador do grau de satisfação da vida como um todo, o outro enfatiza a satisfação com os níveis de saúde nos quais as pessoas se encontram, salientando a importância da percepção do grau de saúde do indivíduo.

Como visto anteriormente, o conceito de qualidade de vida é algo muito subjetivo e multifatorial, ou seja, várias vertentes são importantes para que as pessoas tenham uma boa percepção de qualidade de vida. A avaliação da qualidade de vida torna-se importante na medida em que podemos mensurar quanto o estilo de vida pode influenciar todas essas vertentes, constituindo uma análise geral da vida dos indivíduos.

2.4 Benefícios da Atividade Física para a Qualidade de Vida

A literatura especializada apresenta indícios que relacionam um estilo de vida ativo com maiores níveis de qualidade de vida para a população de uma forma geral, pois promove o aumento nas capacidades funcionais dos indivíduos, tornando-os mais independentes na realização das tarefas diárias, mais saudáveis e menos propensos a doenças crônicas ou de origem

metabólica.

Um estilo de vida ativo melhora as sensações de bem-estar geral e a saúde da população, sendo o sedentarismo um dos fatores de risco a doenças cardiovasculares modificáveis e mais presentes atualmente na população (Pérez et al., 2007).

Na mesma linha de pensamento, um estudo realizado em Cuba, país onde mais de um terço da população é sedentária[4], constatou que os níveis de qualidade de vida percebida relacionada a saúde são diretamente proporcionais ao tempo de prática de atividade física. Além disso, foi constatado que a prática de atividade física no tempo de lazer promove maiores níveis de percepção de qualidade de vida quando comparamos às práticas realizadas no tempo de trabalho (Pérez et al., 2007).

Um outro importante fator que influencia a qualidade de vida é a forma como as pessoas satisfazem-se com a imagem corporal. Indivíduos com baixo peso, sobrepeso ou obesidade estão mais suscetíveis a sofrer com estresse, restrições a determinadas atividades e a condições crônicas incluindo doenças cardiovasculares, alguns tipos de cânceres, hipertensão, diabetes melittus asma, artrites e dores articulares, além de ter um aumento no risco de mortalidade (Hopman et al., 2007).

Dessa forma, Hopman et al. (2007) verificaram a associação entre as diferentes classificações de índice de massa corporal IMC[5] com a qualidade de vida de adultos canadenses. Neste estudo, nomeadamente nas mulheres, valores abaixo do peso normal, ou mesmo classificações de sobrepeso/obesidade apresentaram uma relação direta com piores escores de qualidade de vida.

---

[4] No estudo, utilizou-se como referência para definir a população como ativa ou sedentária a combinação das recomendações da Organização Mundial de Saúde (1985) e do Colégio Americano de Medicina do Esporte (1993).

[5] De acordo com a OMS (Organização Mundial da Saúde), o IMC deve ser utilizado para avaliar o perfil antropométrico-nutricional de adultos e crianças. Para adultos, as classificações consideradas para este estudo foram: Baixo Peso: IMC<18,5; Peso Normal: IMC entre 18,5 e <25; Sobrepeso: IMC 25 a <30; e Obesidade, IMC igual ou superior a 30.

Os mesmos autores ainda reforçam que a maior parte da amostra incluindo homens e mulheres de todas as idades, encontraram-se com o IMC acima dos valores recomendados para uma vida saudável, ou seja, além de estarem suscetíveis a maiores riscos de doenças, estão mais fortemente associados com efeitos negativos nas suas qualidades de vida.

Relativamente aos idosos, a partir do século XX notou-se um aumento da expectativa de vida no mundo. Juntamente com o aumento da população idosa, normalmente aumentam o número de enfermidades e estado de dependência dos idosos associados a velhice (Martinelli et al, 2008; Lobo et al., 2008), cabendo aos profissionais do desporto a função de intervir de maneira a tornar a vida dessa população mais ativa, proporcionando atividades que tencionem reduzir ao máximo a dependência do idoso e, dessa forma, contribuir para um aumento na qualidade de vida dessa população (Lobo et al., 2008).

Dessa forma, a atividade física torna-se preponderante para que haja um processo de envelhecimento com o mínimo possível de perdas funcionais. Em idosos, também é comum que haja uma redução nas capacidades mentais, o que facilita a diminuição da independência e a perda da autonomia. Dentro deste contexto, a atividade física parece diminuir ou atrasar os riscos de deficiências mentais e depressão, facilitando o convívio social, a estimulação corporal e melhorando a qualidade de vida (Benedetti et al., 2008; Moraes et al., 2007).

Corroborando com a idéia, Sguizzatto et al. (2006) em seu estudo realizado na cidade de São Paulo compararam um grupo de mulheres idosas atletas[6] com um grupo de idosas sedentárias. Ambos os grupos mostraram-se homogênios, sem diferenças significativas entre idade, características físicas e sociais. Na apresentação dos resultados, verificou-se nas idosas atletas melhores capacidades funcionais, menores dores, melhor estado geral de

[6] Idosas atletas participantes do percurso de 15 km da corrida Internacional de São Silvestre, que ocorre desde 1924 na cidade de São Paulo.

saúde e melhor vitalidade.

Ainda no mesmo estudo, no grupo ativo, foram verificadas também melhor saúde mental e menores respostas a sintomas depressivos. Desta forma, os autores concluiram que o exercício físico regular e o esporte de alto rendimento podem melhorar a qualidade de vida em geral e diminuir os sintomas de depressão entre mulheres idosas, podendo assim, ser usado como uma ferramenta na promoção da saúde física e mental.

De qualquer forma, é importante ressaltar que nem sempre essa relação parece ser linear. Conforme Brown et al. (2004), o risco de lesões por sobrecarga e infecções no trato respiratório também aumentam conforme a dose de atividade física, diminuindo assim, os benefícios globais da atividade física em relação a qualidade de vida.

Ainda num estudo relacionado à terceira idade, Antunes et al. (2005) submeteram idosos a um programa de exercícios aeróbios em bicicletas ergométricas, três vezes por semana durante 6 meses. Após a intervenção, foram verificadas reduções nos escores de depressão e de ansiedade, e melhoras na qualidade de vida dos idosos participantes do grupo experimental comparativamente aos idosos participantes do grupo controle.

A presença ou não de fatores de riscos ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares parece também ter influência direta no nível de qualidade de vida da população.

Seguindo este mesmo raciocínio, Martinelli et al (2008) avaliaram a associação de fatores de riscos com os níveis de qualidade de vida de adultos com mais de 50 anos. Após a coleta dos dados, as análises do estudo indicaram uma relação inversa entre o número de fatores de riscos e a qualidade de vida da amostra estudada.

Ainda no mesmo estudo, os homens apresentaram maiores níveis de

atividade física comparativamente as mulheres, e, por consequência, maiores níveis de qualidade de vida. O mesmo autor ainda salienta que a qualidade de vida é um aspecto relevante na avaliação da saúde dos indivíduos, e que a identificação desses fatores de riscos que estão associados a menores qualidades de vida devem auxiliar para assegurar a adoção de medidas de saúde com ótimas possibilidades de impacto nesta população.

Quando trata-se de mulheres, os níveis de atividade física apresentam, na maior parte das vezes, um valor inferior ao encontrado na população masculina. Tendo em conta as alterações hormonais que as mulheres sofrem quando entram na menopausa e os sintomas associados a este estágio da vida, a adição desses fatores a baixos níveis de atividade física pode conduzir a grandes modificações na qualidade de vida desta população, visto que as alterações vão desde aspectos físicos a psicológicos (Chiu et al., 2008).

No que se refere aos aspectos psicológicos que podem ser melhorados com a atividade física, em um estudo de intervenção realizado com pacientes após episódios de Acidente Vascular Cerebral (AVC), Langhammer et al. (2008) verificaram que o grupo de pacientes que iniciou atividade física por conta própria após a doença obteve maiores escores de qualidade de vida comparativamente ao grupo que obteve alguma orientação e que realizou exercícios mais intensos e sem iniciativa pessoal.

O estudo concluiu que exercícios regulares e iniciados por motivação própria são mais pertinentes quando se diz respeito a pacientes pós AVC comparativamente a exercícios realizados por pacientes que não obtiveram esta mesma iniciativa. As funções motoras, equilíbrio, capacidade de caminhar e autonomia nas atividades diárias da vida foram preponderantes para maiores escores de qualidade de vida dentro da amostra do estudo, comprovando os benefícios físicos e psicológicos da atividade física na melhoria da qualidade de vida.

2.5 Fatores que Influenciam a Qualidade de Vida

A qualidade de vida, no seu sentido amplo, somente é entendida se for considerada sua multidimensionalidade. Fatores psicológicos, sociais e físicos interferem diretamente nos níveis de qualidade de vida, que pode ser definida como a percepção do indivíduo sobre o equilíbrio de todos os fatores acima relacionados, e que de uma forma ou outra possam interferir no bem-estar geral do indivíduo.

De fato, podemos inferir que uma pessoa apresenta elevados níveis de qualidade de vida quando possui uma vida equilibrada em família, no trabalho, na sociedade, espiritualmente, ou seja, em todos os aspectos que possam influenciar sua forma de viver.

Relativamente aos fatores psicológicos, a qualidade de vida pode ser influenciada pelo nível de saúde mental do indivíduo, estresse, ansiedade, auto-estima. Fatores esses, segundo Nahas (2006), constituintes dos parâmetros individuais da pessoa, mais propriamente do estilo de vida, caracterizado como aspecto modificável dos influenciadores da qualidade de vida.

Dos fatores influenciadores da qualidade de vida anteriormente mencionados, é importante ressaltar que todos são modificáveis com a mudança de atividade física.

Neste sentido, pesquisas comprovam que indivíduos fisicamente ativos obtém melhores escores de qualidade de vida, diminuindo os níveis de estresse, ansiedade, depressão, e aumentando, de uma forma geral, a saúde mental dos sujeitos praticantes (Antunes et al., 2005; Sguizatto et al., 2006; Benedetti et al., 2008; Moraes et al., 2007).

Um aspecto de grande ascendência sobre os fatores psicológicos da qualidade de vida é a auto-estima, que está diretamente associada ao fator

físico.

Reconhecendo esta perspectiva, um estudo identificou que mulheres com o IMC abaixo ou acima dos valores normais recomendados tendem a desenvolver piores percepções de imagem corporal, pois o fato de não estarem satisfeitas com seu aspecto físico implica maior descontentamento psicológico, e, consequentemente menores escores de qualidade de vida (Hopman et al., 2007).

Quanto aos fatores físicos influenciadores da qualidade de vida, destacam-se o peso corporal, perdas das capacidades funcionais e quaisquer outros tipos de enfermidades.

Relativamente ao peso corporal, destacamos como fatores principais de influência na qualidade de vida a redução da auto-estima, que significa uma auto-avaliação favorável ou não de si próprio, onde a satisfação com a imagem corporal reflete um dos aspectos manipuladores da auto-percepção da vida.

Tratando-se ainda dos aspectos físicos, é importante salientar que as doenças derivadas das alterações anormais de peso (doenças metabólicas, anemias, cardiopatias, etc.) também interferem, logicamente, na redução dos níveis de qualidade de vida, assim como o aumento de fatores de riscos ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares (Martinelli et al., 2008).

Dentre os aspectos relacionados a redução das capacidades físicas, destacamos a redução da qualidade de vida pelo aumento do nível de dependência humana, processo o qual geralmente ocorre na terceira idade (Benedetti et al., 2008; Moraes et al., 2007) ou por algum outro meio externo, como no caso de acidentes com alguma perda de capacidade.

A atividade física torna-se uma ferramenta efetiva na melhoria da qualidade de vida na medida em que ajuda indivíduos obesos a reduzirem o peso corporal e o excesso de gordura, diminuindo assim os fatores de riscos a

doenças crônico-degenerativas, além de causar um maior estímulo corporal em indivíduos idosos, com consequente aumento das capacidades funcionais e dimunuição da dependência física.

Quanto aos fatores sociais que podem interferir na qualidade de vida da população e que podem ser modificáveis com a presença da atividade física, é importante ressaltar o convívio em grupo, a oportunidade de relacionamento com a família e amigos que a atividade física pode proporcionar, objetivando melhores relações sociais entre as pessoas.

Dessa forma, podemos concluir que a alteração de um estilo de vida sedentário para um estilo de vida fisicamente ativo influencia vários fatores que podem contribuir para maiores índices de qualidade de vida da população, promovendo melhorias físicas, psicológicas e sociais, proporcionando uma vida mais saudável e longeva.

3 Objetivos

3.1 Objetivo Geral

- Avaliar o nível de qualidade de vida percebida de homens e mulheres entre 18 e 64 anos que praticam regularmente atividade física num health club de Aveiro, comparativamente a indivíduos sedentários.

3.2 Objetivos Específicos

- Avaliar o nível de percepção de qualidade de vida dos sujeitos tendo em conta as variáveis sócio-demográficas;

- Avaliar os escores de qualidade de vida percebida relativamente as avaliações antropométricas realizadas, nomeadamente o índice de massa corporal dos sujeitos;

- Avaliar se existe relação entre a presença ou não de alguns dos fatores de risco ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares questionados e os escores de auto-percepção de qualidade de vida.

4 Hipóteses

Tendo em vista a revisão de literatura que embasou o presente estudo, foi possível identificar os alicerces responsáveis pela elaboração de cada uma das hipóteses descritas posteriormente:

- Hipótese 1: Espera-se que os escores de qualidade de vida percebida sejam superiores nos indivíduos fisicamente ativos, comparativamente aos indivíduos sedentários;

- Hipótese 2: As mulheres deverão possuir menores escores de qualidade de vida comparativamente aos homens. Tendo em conta as faixas etárias dos sujeitos, os níveis de qualidade de vida percebida deverão reduzir com o aumento da idade. Espera-se também que os níveis de auto-percepção de qualidade de vida tenham uma relação diretamente proporcional à escolaridade;

- Hipótese 3: Quanto às variáveis antropométricas coletadas, nomeadamente o índice de massa corporal, este deverá ser superior nos indivíduos com reduzidos níveis de qualidade de vida percebida assim como sujeitos com índice de massa corporal normal deverão ter melhores escores de qualidade de vida;

- Hipótese 4: Espera-se que sujeitos que assumam uma maior quantidade de fatores de risco ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares obtenham menores escores de auto-percepção de qualidade de vida.

5 Metodologia

5.1 Delineamento da Pesquisa

O presente estudo apresenta um delineamento transversal, onde foi pretendido avaliar a qualidade de vida de indivíduos de ambos os gêneros fisicamente ativos no período de lazer, participantes de um health club e indivíduos sedentários, comparando os efeitos de diferentes estilos de vida entre os dois grupos.

Este tipo de delineamento de pesquisa caracteriza-se por resultados e desfechos rápidos, pois não há necessidade de acompanhamento de seguimentos.

Algumas das vantagens de estudos transversais estão nas facilidades de execução, baixos custos e a alta velocidade com que temos acesso aos resultados do estudo.

O estudo transversal determina a fotografia da amostra num dado momento (Medeiros & Ferraz, 1998), onde são avaliadas e interpretadas as atitudes, comportamentos e características dos sujeitos, requerindo dos indivíduos respostas às questões, seja através de questionários, ou através de entrevistas (Polit & Hungler, 1995).

5.2 Amostra do Estudo

Participaram do estudo adultos entre 18 e 64 anos, de ambos os gêneros, inscritos em um Health Club de Aveiro, Portugal. Foram selecionados para este estudo 201 indivíduos, sendo que 101 foram classificados como fisicamente ativos e 100 foram classificados como sedentários.

Os sujeitos fisicamente ativos eram homens e mulheres, dentro da faixa etária acima especificada, inscritos num Health Club de Aveiro, que obtinham uma frequência média semanal de treino de, pelo menos, três vezes por semana nos últimos seis meses.

Indivíduos classificados como sedentários foram sujeitos que já estavam inscritos no Health Club e não frequentavam as instalações há, pelo menos, 6 meses, ou sujeitos que estavam em processo de inscrição no Clube e que não praticavam exercício há pelo menos, 6 meses.

A assiduidade dos sujeitos do estudo no health club foi verificada através de um programa informático da empresa, onde é registrada a entrada de todos os alunos, através de um cartão magnético, cada vez que estes dão entrada no Clube.

Desta forma, podemos visualizar na Tabela 1 as características gerais da amostra:

Tabela 1- Características gerais da amostra

Gênero	**N**	**%**
	Sujeitos Fisicamente Ativos	
Homens	54	53,4
Mulheres	47	46,6
	Sujeitos Sedentários	
Homens	36	36
Mulheres	64	64
Total	**201**	

Onde N = Sujeitos e % = Percentagem.

Conforme a Tabela 1, podemos visualizar o número total de componentes da amostra, finalizado em 201 sujeitos, sendo 100 indivíduos sedentários e 101 indivíduos fisicamente ativos. Dos sujeitos fisicamente ativos, 54 são do gênero masculino e 47 do gênero feminino. Já nos sujeitos sedentários, podemos ver que o grupo é constituído por 36 homens e 64 mulheres.

Critérios de Inclusão do Estudo:

- Estar inscrito ou em processo de inscrição no Health Club de Aveiro;
- Estar há mais de 6 meses sem frequentar as instalações do health club ou estar em processo de inscrição e vir de um estilo de vida sedentário nos últimos 6 meses;
- Estar frequentando o Health Club em questão e ter, em média, uma frequência mínima semanal de 3 vezes nos últimos seis meses;
- Ter idade igual ou superior a 18 anos e menor ou igual a 64 anos;
- Assinar a carta de consentimento do estudo, permitindo a coleta e utilização dos seus dados pela pesquisadora.

Critérios de exclusão do Estudo:

- Obter uma frequência intermediária de atividades físicas no Health Club, abaixo dos escores mínimos indicados para a classificação como sujeito ativo;
- Estar acometido por alguma enfermidade na qual impossibilite as medições antropométricas do sujeito;
- Qualquer outro ponto não referido que não esteja dentro dos critérios de inclusão do estudo.

5.3 Coleta de Dados e Procedimentos Metodológicos

A coleta de dados do estudo foi realizada nos meses de Junho e Julho de 2009. Toda a coleta foi realizada pela autora e pesquisadora deste estudo.

Como facilitador do encontro entre os sujeitos do estudo e a pesquisadora, foi promovido um pré-agendamento telefônico, onde os sujeitos consentiam sua participação ou não no estudo, com prévia marcação para a coleta de dados, consoante a disponibilidade do sujeito a ser avaliado.

Durante as sessões de avaliação, todos os sujeitos leram e assinaram

uma carta de consentimento para participação no estudo, estando cientes dos objetivos do estudo e esclarecidos sobre a utilização de seus dados, conforme anexo 1.

Relativamente a avaliação da qualidade de vida, foi utilizado o questionário MOS SF-36. O inquérito foi utilizado sob a forma de auto-aplicação, onde cada sujeito tomava conhecimento e respondia as questões requeridas, sempre estando a investigadora presente para eventuais dúvidas referentes ao preenchimento do inquérito.

Quanto às avaliações antropométricas, o peso foi avaliado através da balança de marca TANITA, modelo TBF-410MA, com variação de 0,1 kg e capacidade máxima de 200 Kg. Todos os sujeitos foram avisados anteriormente às avaliações de que deveriam vestir roupas leves. Todas as medidas de peso corporal foram realizadas com os sujeitos descalços. A mensuração da altura foi realizada através de um estadiômetro metálico acoplado a balança, com variação de 0,1 cm, onde os indivíduos eram medidos em pé, descalços, com os calcanhares unidos, coluna reta, braços estendidos junto ao corpo e olhar dirigido ao horizonte.

Através das medidas do peso e altura coletadas, foi possível chegarmos ao IMC (Índice de Massa Corporal), que é obtido pela seguinte fórmula: IMC= Peso (em Kg) / Estatura^2 (em metros).

A classificação final do Índice de Massa Corporal (IMC) foi realizada conforme os critérios da Organização Mundial de Saúde, como anteriormente descritos. Para facilitar a apresentação dos resultados, dividimos os sujeitos em dois grupos: 1) Com excesso de peso- indivíduos com IMC igual ou acima de 25; 2) Sem excesso de peso- indivíduos com IMC entre 18,5 e 24,99. Não houveram sujeitos com classificação de baixo peso no banco de dados.

Todos os sujeitos responderam a dois questionários: o primeiro, referente às variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, escolaridade, profissão, estado civil); Os sujeitos foram também interrogados sobre a presença ou não de alguns dos fatores de riscos ao desenvolvimento de doenças

cardiovasculares (tabagismo, etilismo, diabetes e hipertensão arterial), e, por último, foram coletados os dados referentes às variáveis antropométricas: peso, altura e IMC, conforme anexo 2. O segundo questionário correspondia à avaliação da auto-percepção de qualidade de vida dos sujeitos, tendo sido utilizado para tal fim, como acima mencionado, o questionário MOS SF-36 (ver anexo 3).

5.4 Instrumento de Avaliação Utilizado

O instrumento de avaliação abaixo especificado, fez parte da coleta de dados deste estudo.

5.4.1 Questionário MOS SF-36

O instrumento utilizado para a avaliação subjetiva de qualidade de vida foi o questionário reduzido MOS SF-36, que é uma avaliação breve do estado de saúde, podendo ser utilizada para vários fins. Sua utilização vem mostrando grande crescimento dentre a comunidade científica a partir do século XX (Ribeiro, 2005).

Sendo um dos instrumentos mais utilizados atualmente, o MOS SF-36 possui 36 itens, distribuídos por 8 dimensões: Dor Corporal (2 itens), Funcionamento Físico (10 itens), Desempenho Físico (4 itens), Percepção Geral de Saúde (5 itens), Vitalidade (4 itens), Funcionamento Social (2 itens), Desempenho Emocional (3 itens), Saúde Mental (5 itens), além de mais um item que corresponde a Transição de Saúde, que mensura a percepção de mudança na saúde geral do sujeito nos últimos 12 meses, mas que não constitui uma dimensão.

Assim sendo, dos 36 itens compostos pelo SF-36, 35 agrupam-se nestas oito dimensões, que serão logo abaixo brevemente explicadas, conforme

Ribeiro (2005):

- Funcionamento Físico: realização de todas as atividades físicas, incluindo tomar banho e vestir-se sozinho;
- Funcionamento Físico: sem problemas no trabalho ou na realização de atividades diárias em decorrência da saúde física;
- Dor corporal: dor ou limitações devido às dores;
- Saúde Geral: avaliação da saúde, de uma forma geral;
- Vitalidade: sentir-se cheio de energia e animado;
- Funcionamento Social: realização das atividades sociais sem que problemas físicos ou emocionais interfiram;
- Desempenho Emocional: não tem dificuldades com o trabalho ou com outras atividades diárias devido à problemas emocionais;
- Saúde Mental: sente-se sempre em paz, feliz e calmo.

O instrumento é uma versão reduzida que apresenta 36 itens, que foram minuciosamente selecionados a partir do questionário original, Medical Outcomes Study (MOS), que contém 245 itens que correspondem a 40 dimensões de saúde (Ware & Sherbourne, 1992).

O SF-36 foi traduzido e culturalmente adaptado para a população portuguesa por um professor, do Centro de Estudos e Investigação em Saúde, da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, que é a representante oficial do questionário SF-36 em Portugal (Ferreira & Marques, 1998).

As 8 dimensões que compõem o SF-36 associam-se, desta forma, em duas grandes componentes: Componentes Físicas e Componentes Mentais, sendo que cada uma destas duas grandes componentes agrupam quatro das dimensões anteriormente referidas. Estas componentes fornecem-nos um somatório de medidas mentais e físicas de cada sujeito.

Na figura 1, pode-se visualizar as duas grandes componentes com as oito dimensões associadas, que compõem o questionário.

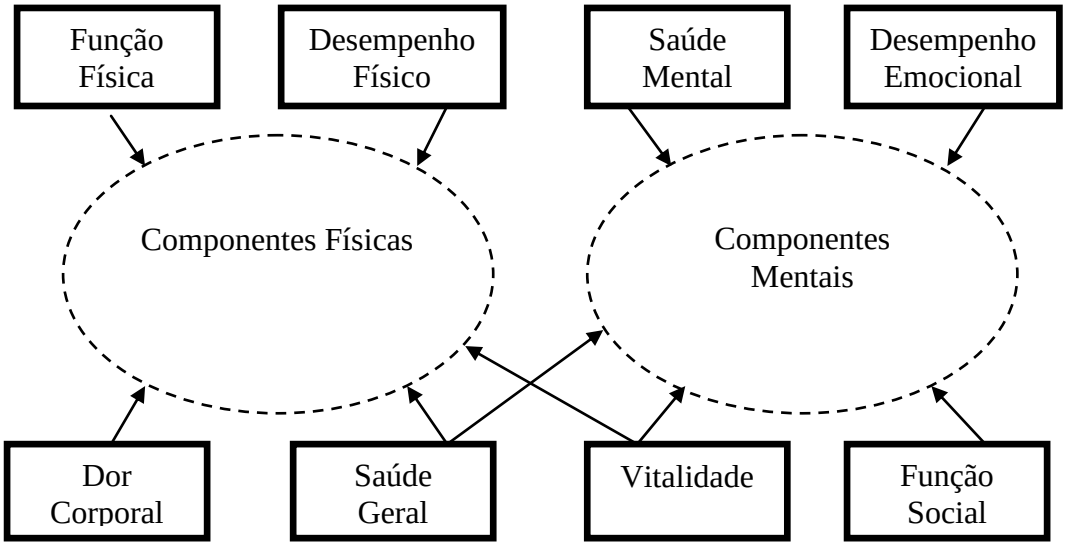

Figura 1. Modelo Fatorial do SF-36 com as duas grandes componentes

Cada componente é formada por quatro dimensões, sendo que duas dimensões (saúde geral e vitalidade) fazem parte das duas componentes, mostrando a inter-relação entre as Componentes Físicas e as Componentes Mentais.

A escolha do instrumento adotado justifica-se por ser a técnica mais utilizada na avaliação do estado de saúde, tanto com pessoas saudáveis, como no caso deste estudo, quanto com pessoas acometidas por vários tipos de enfermidades.

Segundo Ribeiro (2005), o fato de ser a técnica mais utilizada não garante por si só, ser uma boa técnica, mas o fato de ser uma das técnicas mais estudadas e publicadas em jornais científicos, dá a garantia de aceitação do instrumento e de sua validade na avaliação do Estado de Saúde e de Qualidade de Vida.

Além disso, conforme Ribeiro (2000), o SF-36 apresenta tanto a perspectiva positiva quanto a perspectiva negativa dos estados de saúde,

mensurando conceitos de saúde destinados como valores básicos fundamentais para o bem-estar geral de cada um.

5.4.1.1. Sistema de Cotação - Questionário MOS SF-36

Quanto ao sistema de pontuação do questionário, as oito escalas são pontuadas através da escala de Likert, de um a cinco valores.

Os dados brutos, advindos da codificação das respostas ao inquérito, passam por um procedimento específico, afim de tornar os dados coerentes e interpretáveis para futuros procedimentos de manipulação (Ferreira, 2000).

Na listagem abaixo podemos ver, resumidamente, como ocorrem as fases e procedimentos para pontuação do questionário SF-36:

- ✓ Introdução dos dados numa base de dados, conforme a codificação existente no SF-36;

- ✓ Reverter ou recalibrar as notas de 10 dos 36 itens. A reversão faz-se nos itens das dimensões Dor Corporal, Saúde Geral, Vitalidade, Função Social e Saúde Mental. A recalibração faz-se nos itens das dimensões Dor Corporal e Saúde Geral. O restante dos itens não tem seus valores sujeitos a quaisquer tipos de transformações;

- ✓ Recodificar os itens não respondidos com o valor médio da dimensão a que pertence, desde que o sujeito tenha respondido pelo menos a metade dos valores da dimensão;

- ✓ Computar as notas brutas das dimensões: para cada dimensão, somamos a pontuações de todas as respostas dos itens que a compõem;

- ✓ Transformar as notas brutas em notas de 0 a 100: A seguir, através da fórmula Dimensão Transformada= [(nota bruta da dimensão – valor mais baixo possível da dimensão) / Variação] x 100, os valores obtidos em cada uma das dimensões serão transformados em pontuações finais de 0 a 100. O valor final que obtemos através da fórmula corresponde à percentagem do total possível da pontuação, ou seja, quanto mais baixa a pontuação, pior será a percepção do indivíduo em relação à dimensão analisada;

- ✓ Confirmação das Classificações.

5.5 Procedimentos Estatísticos

Para a análise dos dados, foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Science (SPSS)* para Windows, versão 15.0 (SPSS *Incorporation*, Chicago, Estados Unidos).

Foi empregada a estatística descritiva para o cálculo de frequências absolutas e relativas, médias, desvios-padrão (dp) e amplitude. Na estatística analítica, foi inicialmente testado o pressuposto de normalidade de distribuição dos dados por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov.

Tendo em vista o não atendimento de tal pressuposto pelas variáveis independentes do estudo, optou-se pela comparação do comportamento dos grupos a partir do teste não-paramétrico de Mann-Whitney (Wilcoxon). Adotou-se como estatisticamente significativos resultados com valores $p \leq 0,05$.

Todos os sujeitos que integraram a amostra assinaram uma carta de consentimento antes da realização dos questionários e avaliações.

6 Apresentação dos Resultados

Inicialmente, serão apresentados os resultados decorrentes das análises descritivas dos dados, por meio dos instrumentos adotados. A seguir, serão apresentados os resultados tendo em conta as variáveis sócio-demográficas abordadas nesta pesquisa, sendo elas: idade, sexo, escolaridade e estado civil. Numa fase seguinte, foi realizada uma análise dos resultados da auto-percepção da qualidade de vida de acordo com a variável antropométrica Índice de Massa Corporal. Por fim, serão apresentados os resultados da qualidade de vida percebida considerando a presença ou não de fatores de risco ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, mais especificamente sobre o etilismo, tabagismo, diabetes e hipertensão arterial.

6.1 Descrição da Amostra

Participaram do estudo 201 sujeitos, sendo 90 homens (44,8%) e 111 mulheres (55,2%), com idade média de 32,8 anos, desvio-padrão de 10,6 anos, sendo 18 anos a idade mínima e 64 anos a idade máxima apresentada pelos sujeitos.

A caracterização da amostra segundo variáveis sócio-demográficas, antropométricas e alguns dos indicadores de risco à cardiopatias estudados estão apresentados na tabela 2:

Tabela 2 – Descrição da amostra segundo variáveis sócio-demográficas, antropométricas e presença ou não de fatores de riscos a cardiopatias

Variável	N	%
Gênero		
Masculino	90	44,8
Feminino	111	55,2
Idade (anos completos)		
18 a 39	163	81,1
40 a 64	38	18,9
Escolaridade		
Sem ensino superior	84	41,8
Com ensino superior	117	58,2
Estado civil		
Com companheiro	65	32,3
Sem companheiro	136	67,7
Atividade física		
Ativos	101	50,2
Sedentários	100	49,8
Índice de massa corporal		
Sem excesso de peso	135	67,2
Com excesso de peso	66	32,8
Hipertensão arterial		
Sim	25	12,4
Não	176	87,6
Tabagismo		
Sim	53	26,4
Não	148	73,6
Etilismo		
Sim	78	38,8
Não	123	61,2
Diabetes		
Sim	0	0
Não	201	100

A faixa etária dos sujeitos da amostra apresentou predominância entre os 18 e 39 anos, 163 sujeitos (81,1%) apresentaram a idade em anos completos dentro deste intervalo. Já em seguida, em menor número, na faixa etária de 40 a 64 anos, 38 sujeitos (18,9%) constituíram esse grupo.

A divisão etária adotada deu-se desta forma pela visualização pormenorizada dos indivíduos adultos-jovens comparativamente com indivíduos em segunda idade.

Em relação à Escolaridade, 84 sujeitos (41,8%) revelaram não ter

ingressado no Ensino Superior; 117 sujeitos (58,2%) indicaram ter Ensino Superior Completo ou estar com o processo acadêmico em andamento.

Acerca do Estado Civil dos componentes da amostra, 65 sujeitos (32,3%) declararam viver com companheiro ou estar casados, e 136 sujeitos (67,7%) declararam estar solteiros, divorciados ou viúvos, não tendo convivência com companheiro.

Considerando o nível de atividade física dos sujeitos, a amostra foi composta por 101 indivíduos fisicamente ativos (50,2%) e 100 indivíduos sedentários (49,8%), que constituíram o grupo controle desta pesquisa para que pudessem ser efetivadas as comparações objetivadas pelo estudo.

Levando em conta os sujeitos ativos (N= 101), 47 eram mulheres (46,5%) e 54 sujeitos eram homens (53,5%), revelando não haver grandes diferenças entre a população masculina e feminina quando tratamos de sujeitos fisicamente ativos.

Considerando os sujeitos inativos ou sedentários, 100 indivíduos fizeram parte desta amostra (49,8%), onde 64 eram mulheres (64%) e 46 eram homens (46%), revelando que ao mesmo tempo que o gênero feminino é o mais sedentário, neste caso especificamente foram as mulheres quem mais procuraram inscrever-se no health club.

Quanto ao Índice de Massa Corporal (IMC), os indivíduos foram agrupados, inicialmente, conforme as classificações da Organização Mundial da Saúde. Para a análise dos dados, foi realizada uma nova classificação: Sujeitos com excesso de peso (IMC maior ou igual a 25) e Sujeitos sem excesso de peso (IMC maior ou igual a 18,5 e menor ou igual a 24,99), já que não houveram indivíduos com classificação de baixo peso.

Após as análises, foram verificados os seguintes valores: 135 sujeitos (67,2%) estavam sem excesso de peso ou dentro dos valores de peso normais

(IMC normal); 66 sujeitos (32,8%) encontravam-se com excesso de peso (IMC elevado).

Considerando alguns dos fatores de risco ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, a amostra não conteve nenhum sujeito com diabetes. Em relação a pressão arterial, enquanto 25 sujeitos (12,4%) relataram sofrer de hipertensão, 176 sujeitos (87,6%) relataram não apresentar esta enfermidade. Considerando a variável tabagismo, 53 sujeitos (26,4%) relataram fazer o uso do cigarro e 148 (73,6%) afirmaram não ser fumantes. Por último, quanto ao etilismo, 78 sujeitos (38,8%) admitiram ingerir álcool pelo menos uma vez na semana, já 123 (61,2%) relataram não ingerir bebidas acoolicas.

Quanto aos fatores de riscos avaliados, pode-se notar que o etilismo e o tabagismo alcançam valores elevados quando comparamos com outros fatores de riscos, como a hipertensão arterial e diabetes.

6.2 Comparação dos domínios da qualidade de vida de acordo com as variáveis independentes do estudo

Os valores apresentados nas tabelas seguintes correspondem as médias dos escores de auto-percepção de qualidade de vida, que variam de 0 a 100, sendo que quanto mais baixo for o valor, pior é a percepção do sujeito para determinado domínio. Entre parênteses, podemos visualizar também os desvios-padrão da pontuação de cada domínio.

Em relação aos domínios de Qualidade de Vida apresentados comparativamente com a variável Gênero, o único domínio que apresentou diferença estatisticamente significativa (p=0,02) foi a Função Física. Os homens apresentaram um escore médio de 89,6 (±15,7), enquanto as mulheres apresentaram um escore médio de 86,4 (±14,7), mostrando que os

homens sentem-se mais aptos na realização de todas as atividades físicas.

Tabela 3- Médias de escore de qualidade de vida em todos os domínios, segundo a variável independente gênero:

Tabela 3	Gênero	
Domínios	**Masculino**	**Feminino**
Função Física	89,6 (±15,7)*	86,4 (±14,7)
Desempenho Físico	89,2 (±22,2)	85,1 (±26,4)
Dor Corporal	81,6 (±17,8)	75,6 (±23,5)
Estado Geral de Saúde	69,3 (±11,5)	68,1 (±12,6)
Vitalidade	65,4 (±17,8)	60,9 (±21,2)
Função Social	77,4 (±21,2)	78,8 (±21,9)
Desempenho Emocional	74,1 (±37,3)	75,7 (±35,1)
Saúde Mental	72,5 (±16,0)	68,7 (±21,1)

***Estatisticamente significativo para p≤0,05; ± Desvio-Padrão.**

Com relação à variável Idade, em anos completos, o grupo adulto-jovem (n=163) que constituiu 81,8% da amostra, mostrou-se significativamente melhor em três dos oito domínios que constituem a qualidade de vida comparativamente ao grupo de segunda idade (n=38) que totalizou 18,9% da amostra. Todos os domínios que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os grupos estão inclusos dentro das Componentes Físicas. O grupo de segunda idade teve uma pontuação média de 78,6 (±19,2) nas Funções Físicas, 74,3 (±36,5) em Desempenho Físico, e 69,4 (±24,7) no domínio Dor Corporal.

O grupo constituído por adultos-jovens finalizou os escores de Função Física em 90 (±13,3), Desempenho Físico 89,9 (±20) p=0,02 e Dor 80,3 (±20) e

p= 0,01, sendo que a maior diferença notou-se na Função Física, onde p<0,001.

Tabela 4- Média dos escores para os oito domínios que constituem a Qualidade de Vida, segundo os dois grupos etários que constituiram a amostra:

Tabela 4	Grupo Etário	
Domínios	**18 a 39 anos**	**40 a 64 anos**
Função Física	90 (±13,3) ‡	78,6 (±19,2)
Desempenho Físico	89,9 (±20)*	74,3 (±36,5)
Dor Corporal	80,3 (±20) †	69,4 (±24,7)
Estado Geral de Saúde	68,7 (±11,8)	68,7 (±13,4)
Vitalidade	63,6 (±19,2)	59,9 (±21,9)
Função Social	77,5 (±21,4)	78,6 (±22,5)
Desempenho Emocional	73,8 (±36,4)	79,8 (±34,3)
Saúde Mental	70,4 (±17,9)	70,3 (±23,4)

Onde ‡ p≤0,001; † p≤0,01;* p≤0,05; ± Desvio-Padrão.

Quanto à variável Escolaridade, os sujeitos foram divididos relativamente ao nível de formação. O primeiro grupo foi composto por sujeitos que não ingressaram no ensino superior (n=84), totalizando 41,8% da amostra e o segundo grupo, por sujeitos com ensino superior completo ou em processo de andamento (n= 117), totalizando 58,2% da amostra.

Com relação às dimensões da qualidade de vida, os sujeitos com formação acadêmica tiveram escores superiores nos domínios Função Física 90,6 (±13,5), p=0,001; Desempenho Físico 90,8 (±19,6), p=0,02; e Vitalidade 65,9 (±18,8), p=0,01, quando comparamos com os escores dos indivíduos sem ensino superior, que totalizaram 84 (±16,7) em Função Física, 81,5 (±29,6) em

Desempenho Físico e 58,8 (±20,5) em Vitalidade.

As diferenças mais significativas foram verificadas nos três domínios acima mencionados, comprovando que indivíduos com maiores níveis de formação tendem a ter significativamente melhores médias de escores nestas três dimensões e maiores médias de escores de qualidade de vida também nos outros domínios.

Tabela 5- Escores médios de todos os domínios da qualidade de vida em relação à variável independente Escolaridade:

Tabela 5	Escolaridade	
Domínios	**Sem ensino Superior**	**Com ensino superior**
Função Física	84,0 (±16,7) ‡	90,6 (±13,5)
Desempenho Físico	81,5 (±29,6)*	90,8 (±19,6)
Dor Corporal	74,6 (±23,4)	80,9 (±19,4)
Estado Geral de Saúde	67,2 (±13,6)	69,7 (±10,9)
Vitalidade	58,8 (±20,5) †	65,9 (±18,8)
Função Social	75,1 (±22,3)	79,6 (±20,9)
Desempenho Emocional	74,6 (±37,5)	75,2 (±35,1)
Saúde Mental	68,0 (±20,7)	72,1 (±17,6)

Onde ‡ p≤0,001; † p≤0,01;* p≤0,05; ± Desvio-Padrão.

Em relação ao Estado Civil, o único domínio das oito dimensões que compõem a qualidade de vida que apresentou diferença estatística significativa foi o domínio Função Física.

Indivíduos com companheiros (n=65) que totalizaram 32,3% da amostra apresentaram escore médio de 84,9 (±15,5) em relação a variável Função Física, enquanto sujeitos sem companheiros (n=136) que compuseram 67,7%

do total da amostra do estudo apresentaram um escore médio de 89,2 (±14,9), com p=0,009, em relação ao mesmo domínio.

Na maior parte das variáveis, a média geral de escore foi superior nos indivíduos sem companheiro, o que significa que estes possuem uma melhor percepção de qualidade de vida, embora haja diferença estatisticamente significativa somente na variável Função Física.

A variável Desempenho Emocional foi a única que apresentou uma média superior favorável aos sujeitos com companheiros, indicando que estes indivíduos possuem menores problemas ocasionados por aspectos emocionais.

Tabela 6- Médias de Escores dos domínios da qualidade de vida em relação à variável independente Estado Civil.

Tabela 6	Estado Civil	
Domínios	**Com Companheiro**	**Sem Companheiro**
Função Física	84,9 (±15,5) †	89,2 (±14,9)
Desempenho Físico	80,0 (±31,9)	90,3 (±19,5)
Dor Corporal	74,7 (±22,9)	80,0 (±20,4)
Estado Geral de Saúde	68,5 (±11,9)	68,7 (±12,3)
Vitalidade	61,8 (±21,8)	63,4 (±18,8)
Função Social	77,5 (±21,3)	77,8 (±21,7)
Desempenho Emocional	78,5 (±36,1)	73,3 (±36,0)
Saúde Mental	69,8 (±21,6)	70,7 (±17,7)

† p≤0,01; ± Desvio-Padrão.

Relativamente a variável Atividade Física, 101 sujeitos foram considerados fisicamente ativos (50,2%) e 100 foram considerados sedentários (49,8%), tendo se verificado que praticamente todos os domínios da qualidade

de vida apresentaram diferenças estatisticamente significativas na comparação entre os grupos.

Como podemos verificar na Tabela 7, de fato, sujeitos ativos apresentam melhor Função Física 93,9 (±11,4) quando comparamos com sujeitos sedentários 81,7 (±16,1), mostrando que a atividade física é preponderante para uma melhor realização de todas as atividades (p<0,001), incluindo as mais exigentes.

Em relação ao domínio Desempenho Físico, os sujeitos ativos apresentaram escore médio superior de 92,6 (±15,6) quando comparados aos indivíduos sedentários 81,3 (±20,2), com diferenças estatisticamente significativas (p=0,009), revelando que indivíduos ativos apresentam menos problemas na realização do trabalho ou atividades diárias, decorrentes da saúde física.

Referenciando o domínio Dor Corporal, embora os sujeitos ativos tenham apresentado um maior escore 81,4 (±17,8) quando comparamos com os sujeitos sedentários 75,1 (±24,1), identificando que indivíduos praticantes de atividade física possuem menor quantidade de dores, este foi o único domínio da variável atividade física que não apresentou diferença estatística entre os grupos de sujeitos fisicamente ativos e sedentários (p=0,13).

Quanto ao domínio Estado Geral de Saúde, sujeitos fisicamente ativos novamente apresentaram escore médio superior 72,1 (±15,0) comparativamente aos sujeitos sedentários 65,2 (±13,0), apresentando diferenças estatisticamente significativas (p<0,001), mostrando que sujeitos fisicamente ativos tem uma melhor avaliação do seu estado geral de saúde relativamente aos sujeitos não ativos.

No domínio Vitalidade, novamente os sujeitos ativos obtiveram melhores escores 71,4 (±15,0) quando comparados aos sujeitos não ativos 54,3 (±20,4), com diferença estatística significativa (p<0,001) e favorável aos sujeitos ativos,

que apresentaram mais energia e sentem-se mais animados comparativamente aos sujeitos não ativos.

Referentemente à Função Social, indivíduos com maiores níveis de atividade física também apresentaram maiores escores 82,6 (±19,9) quando comparados a indivíduos inativos 72,9 (±22,1), havendo diferença significativa a nível estatístico (p=0,001), revelando que sujeitos ativos realizam as suas atividades sociais mais normalmente, sem que os aspectos físicos e emocionais tenham grande interferência quando comparamos aos sujeitos inativos.

Com relação ao domínio Desempenho Emocional, indivíduos ativos apresentaram também maior pontuação média 79,5 (±35,0) relativamente aos sujeitos sedentários 70,3 (±36,7), novamente com diferença estatistica significante (p=0,02), revelando que sujeitos ativos tem menores quantidades de problemas no trabalho e atividades diárias derivados de problemas emocionais.

Quanto ao domínio Saúde Mental, sujeitos fisicamente ativos apresentaram maiores escores médios 75,5 (±15,9) em relação aos sujeitos sedentários 65,3 (±20,5), com diferença significativa (p<0,001) revelando que sujeitos fisicamente ativos sentem-se mais calmos, em paz e felizes comparativamente à sujeitos inativos.

Tabela 7- Resultados da variável independente Atividade Física em relação à todos os domínios que compõem a qualidade de vida:

Tabela 7	Atividade Física	
Domínios	**Sujeitos Ativos**	**Sujeitos Sedentários**
Função Física	93,9 (±11,4)‡	81,7 (±16,1)
Desempenho Físico	92,6 (±15,6)†	81,3 (±20,2)
Dor Corporal	81,4 (±17,8)	75,1 (±24,1)
Estado Geral de Saúde	72,1 (±10,1)‡	65,2 (±13,0)
Vitalidade	71,4 (±15,0)‡	54,3 (±20,4)
Função Social	82,6 (±19,9)‡	72,9 (±22,1)
Desempenho Emocional	79,5 (±35,0)*	70,3 (±36,7)
Saúde Mental	75,5 (±15,9)‡	65,3 (±20,5)

Onde ‡ p≤0,001; † p≤0,01;* p≤0,05; ± Desvio-Padrão.

Quanto à variável Índice de Massa Corporal (IMC), conforme mencionado anteriormente, os sujeitos foram divididos em apenas dois grupos: Com excesso de Peso (IMC≥25) e Sem excesso de Peso (IMC≥18,5 e ≤24,99), visto que nenhum sujeito participante da amostra foi classificado com Baixo Peso.

O grupo com IMC normal (sem excesso de peso) foi composto por 135 sujeitos (67,2%) e o grupo com IMC elevado (com excesso de peso) foi composto por 66 sujeitos (32,8%).

Em praticamente todos os domínios que compõem a qualidade de vida, os indivíduos sem excesso de peso obtiveram melhores escores médios, com exceção do domínio Dor Corporal, onde os sujeitos com excesso de peso apresentaram, por uma pequena diferença na pontuação, melhor pontuação

média.

Relativamente ao restante dos domínios, dois dos oito domínios apresentaram diferença estatística significativa em relação ao Índice de Massa Corporal. Foram eles Função Física ($p<0,001$) e Vitalidade ($p=0,04$).

Como podemos ver na tabela 8, os indivíduos sem excesso de peso obtiveram melhores pontuações no domínio Função Física 90,2 (±14,1) em relação aos sujeitos com excesso de peso 83 (±16,2), resultados estes que revelam que sujeitos sem excesso de peso possuem um melhor preparo para atividades físicas de uma maneira geral.

Em relação ao domínio Vitalidade, os sujeitos sem excesso de peso também obtiveram melhores escores médios 65,1 (±18,9) relativamente aos sujeitos com excesso de peso 58,4 (±20,9), com diferença estatística significativa ($p=0,04$), revelando que os indivíduos com IMC normal tendem a ter mais energia e serem mais animados do que sujeitos com IMC acima dos valores normais.

É importante ressaltar novamente que, em praticamente todos os outros domínios (com exceção do domínio Dor Corporal), os sujeitos sem excesso de peso obtiveram melhores escores médios quando comparados com indivíduos com excesso de peso, embora não tenham havido diferenças estatísticas significativas nestes domínios.

Tabela 8- Escores médios segundo os domínios que compõem a qualidade de vida relativamente a variável independente Índice de Massa Corporal:

Tabela 8	Índice de Massa Corporal	
Domínios	**Com Excesso de Peso**	**Sem Excesso de Peso**
Função Física	83,0 (±16,2)‡	90,2 (±14,1)
Desempenho Físico	83,0 (±28,5)	88,9 (±22,4)
Dor Corporal	78,6 (±21,8)	78,1 (±21,2)
Estado Geral de Saúde	66,9 (±12,5)	69,5 (±11,9)
Vitalidade	58,4 (±20,9)*	65,1 (±18,9)
Função Social	77,3 (±21,9)	78,0 (±21,4)
Desempenho Emocional	72,2 (±38,6)	76,3 (±34,8)
Saúde Mental	69,0 (±19,1)	71,1 (±19,0)

Onde ‡ p≤0,001; * p≤0,05; ± Desvio-Padrão.

Quanto a Hipertensão Arterial, 25 sujeitos da amostra apresentaram a doença (12,4%), enquanto 176 sujeitos (87,6%) não apresentaram tal enfermidade.

Em relação aos domínios da qualidade de vida, praticamente todos os escores médios foram favoráveis aos indivíduos que não apresentam hipertensão arterial, com exceção de um único domínio, nomeadamente Desempenho Emocional, no qual a diferença foi pequena, mas favorável aos indivíduos hipertensos 78,7 (±35,8) em relação aos não hipertensos 78,4 (±36,1), embora não haja diferença estatística entre os grupos.

O domínio Vitalidade apresentou diferença estatisticamente significativa

(p=0,02) entre os grupos, no qual sujeitos com Hipertensão Arterial apresentaram pontuação média inferior 53,8 (±21,5) aos indivíduos sem Hipertensão 64,2 (±19,2), mostrando haver maiores sentimentos de animação e energia em indivíduos sem a doença.

Outro domínio que também apresentou diferença estatisticamente significativa (p<0,001) foi a Função Física, no qual indivíduos com Hipertensão apresentaram novamente escores médios inferiores 76,2 (±19,0) em relação aos sujeitos que não possuem tal enfermidade, 89,5 (±13,9), revelando que sujeitos sem Hipertensão Arterial sentem-se mais aptos na realização de atividades físicas de diferentes intensidades.

Tabela 9- Escores médios de todos os domínios, em relação à variável independente Hipertensão Arterial:

Tabela 9	Hipertensão Arterial	
Domínios	**Sim**	**Não**
Função Física	76,2 (±19,0)‡	89,5 (±13,9)
Desempenho Físico	78,0 (±34,1)	88,2 (±22,8)
Dor Corporal	70,2 (±24,5)	79,4 (±20,7)
Estado Geral de Saúde	67,6 (±12,5)	68,8 (±12,1)
Vitalidade	53,8 (±21,5)*	64,2 (±19,2)
Função Social	73,5 (±21,7)	78,3 (±21,5)
Desempenho Emocional	78,7 (±35,8)	78,4 (±36,1)
Saúde Mental	64,2 (±23,7)	71,3 (±18,2)

Onde ‡ p≤0,001; * p≤0,05; ± Desvio-Padrão.

Quanto à variável Tabagismo, 53 sujeitos (26,4%) afirmaram serem fumantes, enquanto 148 (73,6%) revelaram não fazer uso do tabaco.

Em relação aos domínios da qualidade de vida, os sujeitos fumantes

apresentaram melhores escores nas variáveis Desempenho Físico, Dor Corporal e Saúde Mental, embora nenhum dos resultados acima mencionados tenham tido diferenças estatisticamente significativas.

Nos outros domínios (Função Física, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Desempenho Emocional e Função Social), todos os resultados favoreceram os sujeitos não fumantes, com diferença estatística significante no domínio Estado Geral de Saúde (p=0,03).

Sujeitos que fazem uso do tabaco obtiveram escores inferiores 65,5 (±12,6) quando comparados com sujeitos não fumantes 69,8 (±11,8) no domínio Estado Geral de Saúde, revelando, desta forma, que sujeitos não fumantes tem uma melhor percepção e avaliam sua saúde de forma mais positiva que indivíduos fumantes.

Tabela 10- Médias de escores e desvios-padrão de cada domínio da qualidade de vida comparativamente com a variável independente Tabagismo:

Tabela 10	Tabagismo	
Domínios	**Sim**	**Não**
Função Física	87,7 (±15,6)	87,9 (±15,1)
Desempenho Físico	89,6 (±20,5)	86,0 (±26,0)
Dor Corporal	80,8 (±20,8)	77,3 (±21,6)
Estado Geral de Saúde	65,5 (±12,6)*	69,8 (±11,8)
Vitalidade	62,5 (±17,8)	63,0 (±20,5)
Função Social	75,9 (±19,6)	78,4 (±22,2)
Desempenho Emocional	67,9 (±39,7)	77,5 (±34,4)
Saúde Mental	70,9 (±15,8)	70,2 (±20,1)

***estatisticamente significante para p≤ 0,05; ± Desvio-Padrão.**

Com relação à última variável coletada, nomeadamente o Etilismo, 78

sujeitos (38,8%) relataram fazer o uso de bebida alcoolica pelo menos uma vez na semana, enquanto 123 sujeitos (61,2%) revelaram não beber álcool nenhuma vez na semana.

Em relação aos domínios componentes da qualidade de vida, sujeitos que ingerem bebida alcoolica tiveram escores médios superiores nos domínios Desempenho Físico, Dor Corporal, Vitalidade e Saúde Mental, embora nenhum resultado tenha diferença estatisticamente significativa.

Já os domínios Função Física, Estado Geral de Saúde e Desempenho Emocional foram melhores nos sujeitos que não fazem uso do álcool, embora também não tenham havido diferenças estatisticamente significativas.

O domínio Função Social teve a média idêntica tanto nos sujeitos que fazem o uso de bebida alcoolica quanto nos sujeitos que não ingerem álcool, mostrando não haver diferença que tenda a nenhum desses quesitos relativos ao etilismo.

Não houveram diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos domínios da qualidade de vida quando relacionados à variável Etilismo.

Tabela 11- Médias gerais em todos os domínios de Qualidade de Vida em relação ao uso ou não da variável Etilismo

Tabela 11	Etilismo	
Domínios	**Sim**	**Não**
Função Física	86,8 (±16,6)	88,5 (±14,2)
Desempenho Físico	87,8 (±26,3)	86,4 (±23,6)
Dor Corporal	78,8 (±21,3)	77,9 (±21,5)
Estado Geral de Saúde	68,0 (±11,8)	69,1 (±12,3)
Vitalidade	64,2 (±17,7)	62,1 (±21,0)
Função Social	77,7 (±19,9)	77,7 (±22,6)
Desempenho Emocional	72,7 (±37,2)	76,4 (±35,4)
Saúde Mental	71,5 (±18,3)	69,7 (±19,5)

Onde ± Desvio-Padrão.

Quanto à variável diabetes, como já referido anteriormente, não houveram indivíduos diabéticos no banco de dados da pesquisa, não podendo assim haver comparações com os oito domínios que constituem a qualidade de vida.

7 Discussão

Este estudo objetivou avaliar o nível de qualidade de vida percebida entre homens e mulheres, de acordo com o nível de atividade física, variáveis sócio-demográficas, variáveis antropométricas, nomeadamente o índice de massa corporal e quanto a presença ou não de alguns dos fatores de risco ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

7.1 Auto-Percepção de Qualidade de Vida e Índice de Massa Corporal

Tendo em conta os resultados encontrados no presente estudo, no que se refere a auto-percepção da qualidade de vida relativamente à variável independente Índice de Massa Corporal (IMC), é possível inferir que o principal achado do estudo assenta-se na interferência desta variável de maneira significativa nos domínios Função Física e Vitalidade, quando comparamos sujeitos com excesso de peso e sujeitos com o peso corporal normal. Dessa forma, os resultados apontam para uma percepção mais positiva de qualidade de vida dos indivíduos que possuem o IMC normal, relativamente aos domínios que fazem parte da componente física (função física e vitalidade[7]) e componente mental (vitalidade).

Vuillemin et al. (2005) verificaram uma relação inversamente proporcional do IMC com as componentes físicas da qualidade de vida, mas não com as componentes mentais, o que difere, em parte, dos resultados encontrados no presente estudo, onde foram encontradas diferenças estatisticamente significativas tanto em algumas componentes físicas quanto em uma das componentes mentais.

Considerando o peso corporal, estudos experimentais anteriores já comprovaram a eficiência de um programa de exercícios físicos e alterações no estilo de vida, mais especificamente na aplicação de dietas hipocalóricas para

[7] O domínio Vitalidade juntamente com a Saúde Geral são as duas únicas dimensões que fazem parte tanto das Componentes Físicas quanto das Componentes Mentais que compõem a Qualidade de Vida.

a redução de peso em indivíduos aparentemente saudáveis (Fontaine et al., 1998; Ross et al., 2009; Fine et al., 1999).

Relativamente à qualidade de vida, todos os grupos experimentais dos estudos citados acima que foram submetidos à perda de peso e atingiram tal resultado, melhoraram substancialmente a seus escores de qualidade de vida de maneira geral.

Seguindo a mesma linha de pesquisa, Fontaine et al. (1998) submeteram 38 sujeitos entre 25 e 40 anos, aparentemente saudáveis, a um programa de 13 semanas de atividade física aeróbica 3 a 4 vezes por semana, sendo submetidos antes e depois do experimento a responder o questionário SF-36, com o intuito de avaliar a auto-percepção de qualidade de vida. Após as 13 semanas de treinamento, os indivíduos perderam, em média, 8,6 Kg, obtendo maiores escores de qualidade de vida em cinco (função física, desempenho físico, saúde geral, vitalidade e saúde mental) dos oito domínios que compõem a qualidade de vida, com diferença estatística significativa. Os maiores aumentos nos escores médios de qualidade de vida foram obtidos nos domínios vitalidade, saúde geral e desempenho físico.

Corroborando com esses resultados, Ross et al. (2009) submeteram 298 mulheres obesas entre 50 e 75 anos a um programa de exercícios físicos aeróbicos de 6 meses, consistindo de caminhadas rápidas de 30 minutos seis vezes por semana, aliados à dieta hipocalórica. Os resultados também indicaram que a perda de peso ocasionou melhorias significativas em sete dos oito domínios que constituem a qualidade de vida, avaliados também pelo questionário SF-36 antes e depois da intervenção.

É justificável que a maior parte dos sujeitos submetidos a um programa de exercícios físicos para a perda de peso obtenham melhores escores de qualidade de vida, quando comparados a escores prévios à perda de peso, tanto nas componentes físicas, quanto nas componentes mentais.

Assumindo que quatro domínios da qualidade de vida são componentes físicas, é natural que pessoas com o peso mais próximo do normal obtenham menores dificuldades na realização de todas as atividades físicas e atividades diárias. Considerando que os outros quatro domínios fazem parte das componentes psicológicas, os fatores fisiológicos (hormonais) que sustentam a ideia do exercício causar sensação de bem-estar, podem explicar tais melhorias nestes escores, além do fato da atividade física promover uma maior integração, convivência social e melhorias na auto-estima dos seus praticantes.

Aguilar et al. (2009) em seu estudo envolvendo 4110 indivíduos com mais de 16 anos realizaram uma pesquisa com delineamento transversal, nas Ilhas Canárias. Foram avaliados o IMC e a qualidade de vida de todos os sujeitos através do instrumento EQ-5D[8]. Seus resultados indicaram que sujeitos com IMC normal tem 18% menos chance de obter baixos níveis de qualidade de vida, apresentando o IMC uma relação inversamente proporcional aos escores de qualidade de vida dos integrantes da amostra. Sujeitos com obesidade severa apresentaram escores de qualidade de vida significativamente mais baixos comparados à sujeitos com IMC normal, estando a severidade da obesidade diretamente associada a menores escores de qualidade de vida.

Os resultados obtidos no estudo de Aguilar et al. (2009) assemelham-se aos achados nesta pesquisa, embora a avaliação de qualidade de vida tenha sido realizada por um instrumento diferente do questionário SF-36, onde são avaliados oito domínios da qualidade de vida, e não cinco, como no inquérito EQ-5D, apresentado pelos autores.

Hopman et al. (2007), em seu estudo de coorte no Canadá, onde participaram 2792 homens e 6302 mulheres com 25 anos ou mais, verificaram

[8] EQ-5D é um instrumento validado para a utilização da população saudável e não saudável em geral, utilizado para mensurar a Qualidade de Vida. Seus resultados são avaliados em 5 domínios: mobilidade, auto-cuidado, atividades usuais, dor/desconfortos e ansiedade/depressão, que são avaliados pelos entrevistados numa escala de três níveis- Nenhum Problema, Problemas Moderados e Problemas Extremos, de acordo com a sua saúde no dia da avaliação (Aguilar et al., 2009).

a associação entre o Índice de Massa Corporal e a Qualidade de Vida dos sujeitos. Os indivíduos que compuseram a amostra foram divididos em grupos segundo a faixa etária, sendo que todos os grupos de idade demonstraram ter um IMC médio acima da média recomendada à saúde.

Relativamente à qualidade de vida, para as mulheres, estar com baixo peso, sobrepeso ou obesidade foi fortemente associado à menores escores médios de qualidade de vida em praticamente todos os domínios. Para os homens, estar com sobrepeso ou obesidade foi associado à baixos escores de qualidade de vida em alguns domínios, e em outros, foram verificados escores superiores.

O presente estudo não objetivou a comparação dos escores de qualidade de vida e IMC entre homens e mulheres. Os sujeitos do presente estudo foram divididos primeiramente por grupos relativamente ao IMC e, após, foram realizadas as comparações das médias gerais de auto-percepção em cada um dos domínios da qualidade de vida.

Desta forma, os resultados encontrados aplicam-se à população de uma forma geral, possibilitando-nos inferir sobre a influência do excesso de peso na qualidade de vida de homens e mulheres juntamente, e não de uma forma extratificada.

7.2 Auto-Percepção de Qualidade de Vida e Idade

Considerando os resultados obtidos nesta pesquisa levando-se em consideração a auto-percepção de qualidade de vida referentemente à variável independente Idade, o principal achado do estudo situa-se na influência desta variável de forma significativa nos domínios Função Física, Desempenho Físico e Dor, quando comparamos sujeitos entre 18 e 39 anos (adultos-jovens) e sujeitos de 40 a 64 anos (segunda idade).

Os resultados encontrados apontam para uma melhor percepção de qualidade de vida em praticamente todos os domínios favorecendo o grupo mais jovem, com exceção dos domínios Função Social e Desempenho Emocional. O domínio Estado Geral de Saúde apresentou escore médio idêntico em ambos os grupos.

Em relação ao domínio Estado Geral de Saúde, Vuillemin et al. (2005) identificaram em um estudo transversal, a tendência na diminuição da percepção do Estado Geral de Saúde com o avanço da idade, o que não foi demonstrado no atual estudo.

Pelo fato da coleta de dados do presente estudo ter sido realizada com pessoas inativas que estavam inscritas, mas não estavam frequentando o Health Club ou sujeitos em processo de inscrição e que vinham de uma condição de vida sedentária, a percepção do Estado Geral de Saúde pode tender a ser mais positiva, pois a maior parte das pessoas que procuram ou que já estão inscritas em um ginásio não possuem quaisquer problemas graves a nível de saúde, favorecendo, desta forma, um possível viés nos resultados deste estudo e uma visão mais positiva do estado de saúde, impossibilitando qualquer diferença estatística.

Levando em conta o avanço da idade, sabe-se que resultados de estudos prévios relatam a tendência da diminuição dos níveis de atividade fisica entre a população com o avançar dos anos, de uma forma geral (Shoup et al., 2008; Martinez-Gonzalez et al., 2001; Haskell et al., 2007). Considerando tal fator, parece claro que sujeitos com mais idade apresentem maiores limitações nas Funções Físicas, tais como dificuldades na realização de todas as atividades físicas, incluindo vestir-se sozinho, subir um ou vários lances de escadas, caminhar um ou vários quarteirões, dentre outras atividades diárias.

Considerando o domínio Desempenho Físico, novamente o grupo mais jovem obteve melhores médias de escore quando comparados com o grupo

etário maior. Naturalmente, pessoas mais jovens sentem-se fisicamente menos limitadas no trabalho ou outras atividades diárias, pois na sua grande maioria são indivíduos com menos limitações físicas por problemas de saúde.

Em relação ao domínio Dor Corporal, ainda referente à variável Idade, as diferenças estatisticamente significativas no grupo etário mais jovem em relação ao grupo mais velho não parecem ser novidade alguma. Com o aumento da idade, a maior parte das pessoas começam a apresentar maiores limitações e problemas de saúde, que ocasionam, em alguns casos, dores e desconfortos. Esse fator pode explicar, de uma forma sintética, a diferença significativa neste domínio da qualidade de vida em relação aos dois grupos.

Tal associação aparece também quando consideramos o domínio Saúde Geral, pois há uma associação inversa entre melhores percepções de saúde geral e o aumento da idade (Blacklock et al., 2007), que pode estar também associada às diminuições funcionais e perdas de desempenho, assim como ao aumento de dores devido à tais limitações físicas.

Aguilar et al. (2009), também concluiu em seu estudo que sujeitos com mais de 50 anos são duas vezes mais suscetíveis a apresentar menores escores de qualidade de vida, quando comparados com sujeitos mais jovens.

Martinelli et al. (2008) afirma em uma das conclusões da sua pesquisa, que avalia Qualidade de Vida e fatores de riscos ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, que existe uma relação inversamente proporcional entre o envelhecimento e a média de escores de qualidade de vida.

Portanto, é possível inferir que o avanço da idade promove uma diminuição na Qualidade de Vida percebida, sendo a Atividade Física uma ferramenta profiláxica aos danos físicos e mentais causados por tal envelhecimento.

7.3 Auto-Percepção de Qualidade de Vida e Gênero

Analisando a Qualidade de Vida tendo em conta a variável independente gênero, o atual estudo concluiu haver somente uma diferença estatisticamente significativa referente aos domínios que englobam a qualidade de vida, nomeadamente no domínio Função Física, quando comparamos homens e mulheres.

Em relação às outras dimensões da Qualidade de Vida, com exceção dos domínios Função Social e Desempenho Emocional, em todos os outros os homens apresentaram melhores médias de escores de qualidade de vida, embora a diferença estatística tenha ocorrido somente no domínio Função Física, favorável também ao gênero masculino, que obteve média mais alta.

Corroborando com isso, Aguilar et al. (2009) afirmam que as mulheres são duas vezes mais propensas a desenvolver escores médios inferiores de qualidade de vida em relação ao gênero oposto. Já Blacklock et al. (2007) apresentaram resultados que diferem dos encontrados na presente pesquisa, indicando que mulheres possuem escores mais elevados de qualidade de vida quando comparamos ao gênero oposto, com diferenças estatísticas significativas nos domínios vitalidade e função social, revelando a divergência de resultados quando comparados os gêneros.

Vuillemin et al. (2005) verificou a auto-percepção de qualidade de vida em homens e mulheres, também através do inquérito SF-36, demonstrando a suscetibilidade das mulheres na obtenção de escores inferiores em praticamente todos os domínios da qualidade de vida, com exceção do Estado Geral de Saúde.

Martinelli et al. (2008) concluíram em seu estudo que os homens apresentam uma percepção mais positiva de qualidade de vida em relação às mulheres, principalmente nos domínios sociais e psicológicos, segundo o

inquérito de avaliação de Qualidade de Vida da Organização Munidal de Saúde (WHOQOL- versão curta)[9]. Além disso, os homens demonstraram chances 45% menores de apresentar baixas médias de qualidade de vida no domínio Função Física, o que se assemelha muito com o resultado encontrado na presente pesquisa.

Os escores médios de qualidade de vida podem ser superiores nos homens devido ao fato destes possuírem, geralmente, maiores escores de atividade física quando comparados às mulheres. Pode-se notar essa diferença no nível de atividade física entre os gêneros já na infância, onde os meninos apresentam maiores escores de atividade física comparativamente às meninas (Shoup et al., 2008).

Sendo a atividade física uma variável que exerce influência positiva na qualidade de vida e tendo os homens escores médios superiores de atividade física em relação ao gênero oposto, torna-se justificável o fato dos mesmos sentirem-se mais aptos na realização de todas as atividades físicas, possuindo assim, uma diferença estatística significativa no domínio Função Física quando comparados às mulheres.

7.4 Auto-Percepção de Qualidade de Vida e Estado Civil

Em relação aos resultados obtidos em todos os domínios da qualidade de vida relativamente a variável independente Estado Civil, em todos os domínios da qualidade de vida, com exceção do domínio Desempenho Emocional, os sujeitos inseridos no grupo Sem Companheiro obtiveram escores médios superiores aos do grupo Com Companheiro.

A única diferença estatisticamente significativa foi na variável Função Física, onde o grupo Sem Companheiro apresentou escores médios mais elevados que sujeitos Com Companheiro, o que verificou-se também em

[9] WHOQOL (versão curta) é utilizado para avaliar a qualidade de vida através de 26 questões que analisam os seguintes domínios: físico, psicológico, relações sociais e fatores ambientais.

estudo prévio, porém sem diferença significativa (Vuillemin et al., 2005).

Alexandre et al. (2009) avaliaram os fatores associados à Qualidade de Vida em pessoas idosas. Não possuir vida conjugal implicou melhores percepções no domínio social de qualidade de vida, a partir do inquérito da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL- versão curta).

No caso do estudo de Alexandre et al. (2009), o fato de idosos sem convivência com companheiros apresentarem melhores escores sociais de qualidade de vida pode ser justificado por viverem de uma forma mais independente, não tendo laços que envolvam maiores responsabilidades domésticas, podendo assim dispender tempos maiores em visitas, reuniões com amigos e confraternizações.

No caso do presente estudo, a diferença significativa foi obtida através do domínio Função Física, tendo o grupo Sem Companheiro apresentado escores superiores de qualidade de vida em relação ao grupo Com companheiro. A justificativa para tal resultado pode estar no fato de sujeitos que vivem sozinhos possuirem responsabilidades maiores, como por exemplo, efetuarem as compras necessárias para o mantimento da casa, tarefas domésticas, pagamento de contas, o que pode possibilitar uma maior percepção de funcionamento físico do que sujeitos que vivem de uma forma mais dependente do seu cônjuge.

7.5 Auto-Percepção de Qualidade de Vida e Escolaridade

Levando em conta a variável Escolaridade, os achados deste estudo revelam que sujeitos com ensino superior obtém melhores escores médios de qualidade de vida relativamente à sujeitos sem ensino superior. Os domínios Função Física, Desempenho Físico e Vitalidade foram significativamente superiores nos sujeitos com formação acadêmica.

Outros estudos também já avaliaram os níveis de qualidade de vida levando em conta a variável Escolaridade, encontrando resultados semelhantes (Aguilar et al., 2009; Regidor et al., 2009; Vuillemin et al., 2005).

A justificativa para que pessoas com ensino superior completo possuam maiores níveis de qualidade de vida pode sustentar-se no fato destas possuírem um acesso maior à informações a nível de saúde.

Outro possível fator que influencia uma visão mais positiva da vida é a atual condição psicológica que o sujeito avaliado encontra-se, parecendo ser logicamente mais favorável em individuos com formação superior, pela possibilidade de possuirem melhores empregos, melhores condições financeiras e uma maior satisfação com a vida, de uma forma geral, com maiores possibilidades de entreteninemto e convivência social e menores preocupações com problemas cotidianos oriundos de fatores econômicos, sociais e até mesmo emocionais.

7.6 Auto-Percepção de Qualidade de Vida e Atividade Física

Levando em conta os resultados encontrados na atual investigação, em relação a auto-percepção de qualidade de vida relativamente à variável independente Atividade Física, o fator preponderante encontrado no estudo foi que esta variável interfere significativamente em praticamente todos os domínios, quando comparamos sujeitos Ativos e sujeitos Sedentários. Dessa forma, os resultados apontam para uma percepção mais positiva de qualidade de vida dos indivíduos que praticam Atividade Física em relação aos indivíduos Sedentários, havendo diferenças significativas tanto nos domínios que fazem parte da componente física (função física, desempenho físico, vitalidade, saúde geral) quanto nos domínios pertencentes à componente mental (vitalidade, saúde geral, desempenho emocional, saúde mental, função social).

Vuillemin et al. (2005) analisaram a Atividade Física no lazer e os níveis

de qualidade de vida de 2333 homens e 3321 mulheres, adultos e aparentemente saudáveis. Os resultados do estudo determinaram que todos os sujeitos que vão ao encontro das recomendações de atividade física obtém escores superiores em todos os domínios (com exceção da dor corporal) quando comparados a indivíduos que não atingem tal patamar mínimo de atividades.

Diferentes estudos também apontam resultados estatisticamente significativos em grande parte dos domínios que compõem a qualidade de vida quando comparadas as populações ativas e sedentárias, ou até mesmo envolvendo programas experimentais de Atividade Física em diferentes tipos de populações (Antunes et al., 2005; Shoup et al., 2008; Sloan et al., 2009).

Antunes et al. (2005) aplicaram o questionário SF-36 em um grupo de 46 idosos entre 60 e 75 anos, sendo que 23 indivíduos compuseram o Grupo Controle e os outros 26 completaram o Grupo Experimental. Os idosos que compuseram o Grupo Experimental foram submetidos a atividade física aeróbia em bicicleta, 3 vezes por semana durante o período de 6 meses. Os sujeitos começaram com um mínimo de 20 minutos e progrediram até um máximo de 60 minutos. Após os 6 meses de intervenção, o Grupo Experimental apresentou melhores escores significativos nas 8 dimensões que compõem a qualidade de vida, segundo o questionário SF-36.

Os resultados também parecem visíveis quando verificamos a variável Atividade Física em relação à qualidade de vida de crianças. Shoup et al. (2008) selecionaram 177 crianças de 8 a 12 anos, onde foram avaliados os níveis de Atividade Física através de um acelerômetro. A qualidade de vida foi mensurada através do inquérito PEDS QL[10], onde os resultados são revertidos numa escala de 1 a 100. O Acelerômetro foi utilizado pelas crianças durante uma semana, aproximadamente oito horas por dia.

[10] Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 é um inquérito utilizado para mensurar a qualidade de vida em crianças, composto por 23 itens divididos em três grandes componentes: medida psico-social, fatores físicos e qualidade de vida total.

Os resultados do estudo indicaram que apenas 40% das crianças alcançam os níveis recomendados de atividade física, sendo que as meninas realizam menos atividade física quando comparadas aos meninos. Participantes com menores níveis de Atividade Física apresentaram uma menor qualidade de vida no fator psico-social, fator físico e menores escores totais de qualidade de vida.

Wendel-Vos et al. (2004) avaliaram a associação entre a Atividade Física no período de lazer e a Qualidade de Vida, através de um estudo de coorte. Foram avaliados 1871 sujeitos entre homens e mulheres, de 26 a 65 anos em diferentes tipos de intensidade de atividade física (baixa, moderada e alta). Houveram associações entre Atividade Física moderada e intensa com melhores percepções gerais de saúde, vitalidade, função física e desempenho físico na amostra. Mudanças na Atividade Física de lazer foram ainda associadas à alterações na função social em homens e mulheres e aumento na vitalidade e saúde mental nos homens.

Sorensen et al. (1999) avaliaram, entre outros objetivos, os efeitos do exercício físico em 219 sujeitos de meia idade (41-50 anos), com elevados fatores de riscos ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares durante um ano de intervenção. Os resultados encontrados no estudo indicam que maiores participações em atividades físicas aumentam significativamente a saúde mental, auto-estima, ansiedade e percepções de competências entre os sujeitos.

Blacklock et al. (2007) realizaram um estudo onde foi avaliada a relação entre a caminhada regular, atividade física e qualidade de vida, onde o foco maior do estudo foi comparar a atividade física total com a qualidade de vida e a caminhada regular com os níveis gerais de qualidade de vida de 351 sujeitos entre homens e mulheres.

Foram verificadas associações similares entre o total de atividade física

e a caminhada quando comparados os escores de qualidade de vida de ambas. A diferença estatisticamente significativa deu-se nos domínios saúde geral, função social e vitalidade, tanto na caminhada quanto no total de atividade física (que também incluía a caminhada).

Os principais resultados identificados nas pesquisas acima verificadas e no presente estudo assentam-se na relação positiva em muitos dos domínios da qualidade de vida quando comparamos à variável Atividade Física.

7.7 Auto-Percepção de Qualidade de Vida e Fatores de Riscos

Referentemente às variáveis independentes que englobam alguns dos fatores de risco ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, os resultados encontrados foram estatisticamente significativos em algumas destas variáveis independentes quando comparados aos domínios da qualidade de vida.

Em relação a variável Hipertensão Arterial, os resultados do presente estudo indicam que sujeitos com Hipertensão Arterial tem uma relação negativa com a qualidade de vida principalmente nos domínios Função Física e Vitalidade, onde houve diferença estatisticamente significativa.

Bardage & Isacson (2001), em seu estudo envolvendo 5404 sujeitos utilizando o questionário SF-36, mostraram que pessoas com Hipertensão Arterial obtiveram escores inferiores de qualidade de vida quando comparados à indivíduos sem Hipertensão, mesmo tratando-se de uma doença assintomática. Alguns pesquisadores justificam tal achado entendendo que, por ser a hipertensão arterial uma doença crônica, esses escores inferiores de percepção geral de saúde estão associados à crença de que a saúde irá piorar (Ware et al., 1993).

Considerando a variável Tabagismo, o principal achado do estudo foi em relação ao domínio Estado Geral de Saúde, onde houve diferença estatisticamente significativa favorável aos indivíduos que não fazem o uso do tabaco. Quando fala-se no domínio Estado Geral de Saúde, pode-se entender como a maneira pela qual os sujeitos avaliam a sua saúde naquele exato momento (Ribeiro, 2005).

Tal achado também já foi verificado em estudo realizado por Hirdes & Maxwell (1994), onde foi avaliada a qualidade de vida de sujeitos idosos fumantes e não fumantes através de pesquisa com delineamento transversal. Sujeitos idosos fumantes obtiveram piores percepções de Estado Geral de Saúde e piores escores também no domínio função física. Vuillemin et al. (2005) também concluiram em seu estudo que indivíduos fumantes obtém menores escores significativos de qualidade de vida nos domínios Função Física e Desempenho Emocional.

A diferença significativa encontrada no domínio Estado Geral de Saúde pode estar relacionada ao conhecimento que os sujeitos fumantes tem dos malefícios que podem ser desenvolvidos a longo prazo com a utilização do tabaco e, no caso do estudo de Hirdes & Maxwell (1994) realizado com idosos, destes sujeitos já obterem resquícios desses malefícios na sua saúde geral.

Conforme Castro et al. (2007), em pesquisa realizada com 276 sujeitos utilizando o inquérito WHOQOL-versão curta, foram verificadas associações entre a gravidade da dependência do tabaco e os escores de qualidade de vida. Os resultados indicaram que quanto mais grave é a dependência do tabaco, piores são os escores de qualidade de vida dos sujeitos em todos os domínios, sendo as diferenças mais significativas encontradas nos fatores físicos e ambientais.

Mulder et al. (2001) analisaram a qualidade de vida de 9960 sujeitos entre homens e mulheres fumantes, ex-fumantes e sujeitos que nunca

utilizaram o tabaco, através de um estudo com delineamento transversal. A qualidade de vida foi verificada através do inquérito RAND-36 (uma adaptação do questionário SF-36) com as mesmas 8 dimensões e pontuações do SF-36.

Os resultados do estudo indicaram que sujeitos que nunca utilizaram o tabaco e ex-fumantes obtém escores médios de qualidade de vida superiores nas 8 dimensões do questionário, quando comparados a sujeitos que atualmente fumam. As maiores diferenças deram-se nas componentes mentais, e não a nível de aspectos físicos. Além disso, a diferença entre escores médios de qualidade de vida de ex-fumantes e pessoas que nunca fumaram só foi estatisticamente significativa no quesito dor corporal, obtendo escores médios muito semelhantes entre ambas as populações no restante das dimensões.

Assim, podemos verificar a importância da não utilização do tabaco para a obtenção de melhores níveis de qualidade de vida entre sujeitos fumantes. O fato de já ter sido um sujeito fumante não impede que este, ao parar de utilizar o tabaco, obtenha escores de qualidade de vida muito semelhantes à pessoas que nunca fumaram.

Quanto a variável independente etilismo, não houve diferença estatística significativa em nenhum dos domínios que compõem a qualidade de vida.

Em estudo realizado na cidade de Botucatu, no Estado de São Paulo, Menezes (2006) avaliou a qualidade de vida de 86 sujeitos que fazem uso contínuo do álcool, através do questionário SF-36. Os principais resultados encontrados mostraram que a qualidade de vida dos dependentes de álcool está prejudicada principalmente no que se refere ao aspecto físico e à saúde mental.

No estudo de Menezes (2006) todos os indivíduos entrevistados faziam o uso contínuo do álcool. No presente estudo, a componente Etilismo foi verificada através de uma questão simples (utilização do álcool pelo menos

uma vez por semana, independentemente da quantidade) que pode ter englobado, por exemplo, aqueles sujeitos que bebem uma pequena quantidade de vinho às refeições, por fazer parte da cultura Europeia e, consequentemente, de Portugal.

Em relação a variável diabetes, não houve tratamento estatístico desta variável, visto que não houveram sujeitos no banco de dados com tal enfermidade.

7.8 Considerações Finais

Desta maneira, pode-se inferir que, de todas as variáveis independentes coletadas no presente estudo, a Atividade Física parece ser a que influencia de uma maneira mais significativa os domínios da qualidade de vida.

Portanto, torna-se preponderante salientar a importância dos profissionais da área de saúde no encorajamento da população à prática regular de atividade física e a adoção de hábitos de vidas mais saudáveis, para o bem-estar físico e mental da população e para que esta obtenha também melhores índices de qualidade de vida.

8 Conclusões

A partir dos resultados do presente estudo, podemos concluir:

- Em relação ao Gênero, os homens possuem melhores médias de escore de Qualidade de Vida no domínio Função Física, quando comparados às mulheres;
- Os Adultos-jovens, nomeadamente sujeitos entre 18-39 anos possuem melhores médias de Qualidade de Vida nos domínios Função Física, Desempenho Físico e Dor, quando comparados à sujeitos de 40-64 anos;
- Sujeitos com Formação Acadêmica apresentaram melhores índices de Qualidade de Vida nos domínios Função Física, Desempenho Físico e Vitalidade, comparativamente à sujeitos Sem Ensino Superior de Educação;
- Sujeitos que vivem Sem Companheiro demonstraram ter maior percepção de Qualidade de Vida no domínio Função Física, relativamente aos sujeitos que vivem Com Companheiro;
- Em relação à Atividade Física, Indivíduos Ativos tendem a obter melhores escores de Qualidade de Vida em todos os domínios (com exceção da Dor) que a compõem quando comparados à indivíduos Sedentários, o que ressalta a importância da prática regular de Atividade Física para a promoção da saúde e melhorias na Qualidade de Vida.
- Pessoas com o Índice de Massa Corporal acima dos valores normais apresentam menores escores de Qualidade de Vida nos domínios Função Física e Vitalidade, comparativamente à indivíduos com o Índice de Massa Corporal normal, evidenciando a relevância da manutenção dos valores normais de peso corporal para a execução de todas as Atividades Físicas e para a obtenção de mais energia e vitalidade no dia-a-dia;
- O fato de possuir Hipertensão Arterial afetou a Qualidade de Vida dos sujeitos da amostra nos domínios Função Física e Vitalidade, quando

comparados com sujeitos que não apresentam a patologia, demonstrando que sujeitos Hipertensos tem maiores dificuldades em Atividades Físicas diárias e de todas as intensidades, apresentando menor energia e animação quando comparados à sujeitos sem Hipertensão Arterial;

- Foi constatado que a utilização do tabaco influencia negativamente a Qualidade de Vida no domínio Estado Geral de Saúde, onde a percepção de saúde geral de indivíduos fumantes foi significativamente inferior à de sujeitos não fumantes;
- O Etilismo parece não influenciar significativamente a Qualidade de Vida dos sujeitos da amostra em questão;
- Não foi possível fazer quaisquer conclusões acerca da variável Diabetes, pelo fato de não existir nenhum sujeito diabético no banco de dados desta pesquisa.

Tais conclusões constituem subsídios para a elaboração de estratégias para a melhoria da Qualidade de Vida de Homens e Mulheres, residentes na cidade de Aveiro, Portugal. Além disso, os resultados da presente pesquisa servirão como base para a adoção de estilos de vida mais saudáveis e obtenção de melhorias a nível Físico e Mental, resultando, desta forma, numa visão mais positiva da vida.

9 Bibliografia

Aguilar, P.S.; Navarro, S.R.M.; Fariña, Y.R.; Martín, M.M.T. (2009). *Obesity and health-related quality of life in the general adult population of the Canary Islands.* Quality of Life Research, 18, 171-177.

Alexandre, T. S.; Cordeiro, R.C.; Ramos, L.R. (2009). *Fatores associados a qualidade de vida em idosos ativos.* Revista de Saúde Pública, 43(4), 613-621.

Antunes, H.K.M.; Stella, S.G.; Santos, R.F.; Bueno, O.F.A.; Mello, M.T. (2005). *Depression, anxiety and quality of life scores in seniors after an endurance exercise program.* Revista Brasileira de Psiquiatria, 27(4), 266-271.

Azevedo, M.R.; Araújo, P.L.C.; Reichert, F.F.; Siqueira, F.V.; Silva, M.C.; Hallal, P.C. (2007). Gender differences in leisure-time physical activity. International Journal of Public Health, 52, 8-15.

Azevedo, M.R.; Araújo, C.L.; Silva, M.C. da; Hallal, P.C. (2007). *Tracking of physical activity from adolescence to adulthood: a population-based study.* Revista de Saúde Pública, 41(1), 69-75.

Awad, G.; Voruganti, L.N.P. (2000). *Intervention research in psychosis: issues related to the assessment of quality of life.* Schizophrenie Bull, 26, 557-564.

Centers for Disease Control and Prevention. (2007). *Prevalence of Regular Physical Activity among adults – United States, 2001 and 2005.* Morbidity and Mortality Weekly Report, 56(46), 1209-1212.

Bardage, C.; Isacson, D.G. (2001). *Hypertension and health-related quality of life. An Epidemiological study in Sweden.* Journal Clinical of Epidemiology, 54, 172-181.

Benedetti, T.R.B; Borges, L.J.; Petroski, E.L.; Gonçalves, L.H.T. (2008). *Atividade física e o estado de saúde mental de idosos.* Revista de Saúde Pública, 42(2), 302-307.

Beunen, G.P.; Lefevre, J.; Philippaerts, R.M.; Delvaux, K.; Thomis, M.;

Claessens, A.L. et al. (2004). *Adolescent correlates of adult physical activity: a 26-year follow-up.* Medicine & Science in Sports & Exercise, 36, 1930-1936.

Blacklock, R.E.; Rhodes, R.E.; Brown, S.G. (2007). *Relationship Between Regular Walking, Physical Activity, and Health-Related Quality of Life.* Journal of Physical Activity and Health, 4, 138-152.

Blamey, A.; Mutrie, N. (2003). *Changing the individual to promote health-enhancing physical activity: the difficulties of producing evidence and translating it into practice.* Journal of Sports Sciences, 22, 741-754.

Booth, F.W.; Gordon, S.E.; Carlson, C.J.; Hamilton, M.T. (2000). *Waging war on modern chronic diseases: primary prevention through exercise biology.* Journal of Applied Physiology, 88, 774-787.

Bouchard, C.; Shephard, R.J.; Stephens, T. (1990). Exercise, fitness and health. *In:* Bouchard, C.; Shephard, R.J.; Stephens, T. (Eds), *The consensus statement. Champaign: Human Kinectics.*

Boulé, N.G.; Haddad, E.; Kenny, G.P.; Wells, G.A.; Sigal, R.J. (2001). *Effects of exercise on glycemic control and body mass index in typeII: a meta analysis of controlled clinical trials.* Journal of the American Medical Association, 286(10), 1218-1227.

Brown, D.W.; Brown, D.R.; Heath, G.W.; Balluz, L.; Giles, W.H.; Ford, E.F.; Mokdad, A.H. (2004). *Associations between physical activity dose and health-related quality of life.* Medicine & Science in Sports & Exercise, 5, 890-896.

Brownson, R.C.; Baker, E.A.; Housemann, R.A.; Brennan, L.K.; Bacak, S.J. (2001). *Environmental and policy determinants of physical activity in the United States.* American Journal of Public Health, 91, 1995-2003.

Burton, N.W.; Turrel, G. (2000). *Occupation, hours worked and leisure-time physical activity.* Preventive Medicine, 31, 673-681.

Castro, M.G.; Oliveira, M.S.; Moraes, J.F.D; Miguel, A.C.; Araújo, R.B. (2007). *Qualidade de vida e gravidade da dependência do tabaco.* Revista de Psiquiatria Clínica, 34(2), 61-67.

Chiu, Y.W.; Moore, R.W.; Hsu, C.E.; Huang, C.T.; Liu, H.W.; Chuang, Y. (2008). *Factors influencing women's quality of life in the later half of life.* Climacteric, 11, 201-211.

Damush, T.M.; Damush, J.G. Jr. (1999). *The effects of strength training on strength and health-related quality of life in old adult women.* Gerontologist, 39(6), 705-710.

Dishman, R.K.; Hales, D.P.; Pfeiffer, K.A.; Felton, G.A.; Saunders, R.; Ward, D.S.; Dowda, M.; Pate, R.R. (2006). *Physical self-concept and self-esteem mediate cross-sectional relations of physical activity and sport participation with depression symptoms among adolescent girls.* Health Psychology, 25(3), 396-407.

Ferreira, P.L. (1998). *A mediação do Estado de Saúde: criação do MOS SF-36.* Coimbra. Centro de Estudos e Investigação em Saúde.

Ferreira, P.L. (2000). *Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36, Parte II-Teste de Validação.* Acta Médica Portuguesa, 13, 119-127.

Ferucci, L.; Izmirlian, S; Leveille, S.; Phillips, C.L.; Corti, M.C.; Brock, D.B.; Guralnik, J.M. (1999). *Smoking, physical activity and active life expectancy.* American Journal of Epidemiology, 149(7), 645-653.

Fine, J.T.; Colditz, G.A.; Coakley, E.H.; Moseley, G.; Manson, J.E.; Willett, W.C.; Kawachi, I. (1999). *A prospective study of weight change and health-related quality of life in women.* Journal American Medical Association, 282(22), 2136-2142.

Fontaine, K.R.; Barofsky, I.; Andersen, R.E.; Bartlett, S.J.; Wiersema, L.;

Cheskin, L.J.; Franckowiak, S.C. (1999). *Impact of weight loss on Health-related quality of life.* Quality of Life Research, 8, 275-277.

Gordon-Larsen, P.; Nelson, M.C.; Popkin, B.M. (2004). *Longitudinal physical activity and sedentary behavior trends: adolescence to adulthood.* American Journal of Preventive Medicine, 27, 277-283.

Guedes, D.; Guedes, J. (1998). *Controle do Peso Corporal: composição corporal, atividade física e nutrição.* Londrina: Midiograf.

Guiteras, A.F.; Bayés, R. (1993). Desarrollo de un instrumento para la medida de la calidad de vida en enfermedades crónicas. In: Forns, N.; Anguera, M.T. (Eds), *Aportaciones recientes a la evaluación psicologica.* Barcelona: Universitas, pp.175-195.

Hallal, P.C.; Bertoldi, A.D.; Gonçalves, H.; Victora, C.G. (2006). *Prevalência de sedentarismo e fatores associados em adolescentes de 10-12 anos de idade.* Cadernos de Saúde Pública, 22(6), 1277-1287.

Haskell, W.L.; Min-Lee, I; Pate, R.R.; Powell, K.E.; Blair, S.N.; Franklin, B.A.; Macera, C.A.; Heath, G.W.; Thompson, P.D.; Bauman, A. (2007). *Physical Activity and Public Health: Updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association.* Circulation, 116, 1081-1093.

Hirdes, J.P.; Maxwell, C.J. (1994). *Smoking cessation and quality of life outcomes among older adults in the Campbell's survey in well-being.* Canadian Journal of Public Health, 85(2), 99-102.

Hopman, W.M.; Berger, C.; Joseph, L.; Barr, S.I.; Gao, Y.; Prior, J.C.; Poliquin, S.; Towheed, T.; Anastassiades, T. (2007). *The association between body mass index and health-related quality of life: data from CaMos, a stratified population study.* Quality of Life Research, 16, 1595-1603.

Hu, G. et al. (2002). *Commuting, leisure-time physical activity and cardiovascular risk factors in China.* Medicine & Science in Sports & Exercise, 34 (2), 234-238.

Kazapi, I.M.; Di Pietro, P.F.; Avancini, S.R.P.; Freitas, S.F.T.; Tramonte, V.L.C.G. (2001). *Consumo de energia e macronutrientes por adolescentes de escolas públicas e privadas.* Revista de Nutrição, 14, 27-33.

Kearney, J.M.; Graaf, C.; Damkjaer, S.; Engstrom, L.M. (1999). *Stages of change towards physical activity in a nationally representative sample in the European Union.* Public Health Nutrition, 2, 115–124.

Kruger, J.; Bowles, H.R.; Jones, D.A.; Ainsworth, B.E.; Kohl, H.W. (2007). *Health-related quality of life, BMI and physical activity among US adults (18 years): National Physical Activity and Weight Loss Survey, 2002.* International Journal of Obesity, 31(2), 321-327.

Kujala, U.M. (2002). *Benefits of exercise therapy chronic diseases.* British Journal of Sports Medicine, 40, 3-4.

Langhammer, B.; Stanghelle, J.K.; Lindmark, B. (2008). *Exercise and health-related quality of life during the first year following acute stroke. A randomized controlled trial.* Brain Injury, 22(2), 135-145.

Lobo, A.; Santos, P.; Carvalho, J.; Mota, J. (2008). *Relationship between intensity of physical activity and health-related quality of life in Portuguese institutionalized elderly.* Geriatrics & Gerontology International, 8, 284-290.

Martin, A.J.; Stockler, M. (1998). *Quality of life assessment in health care research and practice.* Evaluate & Health Professions, 21(2), 141-156.

Martinelli, L.M.B.; Mizutani, B.M.; Mutti, A.; D'elia, M.P.; Coltro, R.S.; Matsubara, B.B. (2008). *Quality of life and its association with cardiovascular risk factors in a community health care program population.* Clinical Science, 63(6), 783-788.

Martinez-Gonzalez, M.A.; Varo, J.J.; Santos, J.L.; Irala, J.; Gibney, M.; Kearney, J.; Martinez, A. (2001). *Prevalence of physical activity during leisure time in the European Union.* Medicine & Science in Sports & Exercise, 33(7), 1142-1146.

Medeiros, M.M.C & Ferraz, M.B. (1998). *Pergunta principal do estudo, Conceitos básicos em epidemiologia clínica, Tipos de desenho de estudo.* Revista Brasileira de Reumatologia, 38(2).

Minayo, M.C.S.;Hartz, Z.M.A.; Buss, P.M. (2000). *Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.* Ciência & Saúde Coletiva, 5(1), 7-18.

Moraes, H.; Deslandes, A.; Ferreira, C.; Pompeu, F.A.M.S.; Ribeiro, P.; Laks, J. (2007). *O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática.* Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 29(1), 70-79.

Mota, J.; Sallis, J. (2002). *Actividade Física e Saúde: fatores de influência da atividade física nas crianças e nos adolescentes.* Porto: Campo das Letras.

Menezes, C. (2006). *A qualidade de vida de dependentes de álcool.* Botucatu: Carolina Menezes. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista.

Mulder, I.; Tijhuis, M.; Smit, H.A.; Kromhout, D. (2001). *Smoking Cessation and quality of life: the effect of amount of smoking and time since quitting.* Preventive Medicine, 33, 653-660.

Nahas, M. (2006). *Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo.* Londrina: Midiograf.

Pate, R.R.; Pratt, M.; Blair, S.N.; Haskell, W.L.; Macera, S.A.; Bouchard, C. et al. (1995). *Physical Acitivity and Public Health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine.* Physical Activity and Public Health, 273(5), 402-407.

Pate, R.R.; Heath, G.W.; Dowda, D.; Trost, S.G. (1996). *Associations between*

physical activity and other behaviors in a representative sample of US adolescents. American Journal Public Health, 86: 1577-1581.

Pate, R.R.; Freedson, P.S.; Sallis, J.F.; Taylor, W.C.; Sirard, J.; Trost, S.G.; Dowda, M. (2002). *Compliance with physical activity guidelines: prevalence in a population of children and youth.* Annals of Epidemiology, 12, 303-308.

Pérez, R.M.G.; Roche, R.G.G.; Jiménez, D.P.; Gorbea, M.B. (2007). *Sedentarismo y su relación con la calidad de vida relativa a salud. Cuba, 2001.* Revista Cubana Higiene Epidemiológica, 45(1), versão eletrônica.

Polit, D.F.; Hungler, B.P. (1995). Delineamento de Pesquisa. In: Polit, D.F.; Hungler, B.P.(eds), *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, pp.107-140.

Regidor, E.; Barrio, G.; Fuente, L.; Domingo, A.; Rodriguez, C.; Alonso, J. 2009. *Association between educational level and health related quality of life in Spanish adults.* Journal of Epidemiology and Community Health, 53, 75-82.

Ribeiro, A. (2000). *Actividade física habitual em adultos idosos: caracterização do tempo de actividade na semana e no fim-de-semana.* Porto: Alfredo M. F. M. Ribeiro. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Ribeiro, J.L.P. (2005). *O Importante é Saúde.* Porto: Merck, Sharp & Dohme.

Ross, K.M.; Milsom, V.A.; Rickel, K.A.; DeBraganza, N.; Gibbons, L.M.; Murawski, M.E.; Perri, M.G. (2009). *The contributions of weight loss and increasing physical fitness to improvements in health-related quality of life.* Eating Behaviors, 10, 84-88.

Seidl, E.M.F.; Zannon, C.M.L.C. (2004). *Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos.* Caderno de Saúde Pública, 20(2), 580-588.

Sguizzatto, G.T.; Garcez-Leme, L.E.; Casimiro, L. (2006). *Evaluation of quality*

of life among elderly female athletes. Sao Paulo Medical Journal, 124(5), 304-305.

Shoup, J.A.; Gattshall, P.D.; Estabrooks, P. (2008). *Physical activity, quality of life, and weight status in overweight children.* Quality of Life Research, 17, 407-412.

Sloan, R.A.; Sawada, S.S.; Martin, C.K.; Church, T. Blair, S.N. (2009). *Associations between cardiorespiratory fitness and health-related quality of life.* Health and Quality of Life Outcomes, 7(47).

Smart, N.; Marwick, T.H. (2004). *Exercise training for patients with heart failure: a systematic review of factors that improve mortality and morbidity.* American Journal of Medicine, 116(10), 693-706.

Sorensen, M.; Anderssen, S.; Hjerman, I.; Holme, I.; Ursin, H. (1999). *The effect of exercise and diet on mental health and quality of life in middle-aged individuals with elevated risk factors for cardiovascular disease.* Journal of Sports Sciences, 17, 369-377.

Stewart, A.L.; King, A.C.; Haskell, W.L. (1993). *Endurance exercise and health-related quality of life in 50-65 year-old adults.* Gerontologist, 33(6), 782-789.

Tammelin, T.; Nayha, S.; Hills, A.P.; Jarvelin, M.R. (2003). *Adolescent participation in sports and adult physical activity.* American Journal of Preventive Medicine, 24, 22-28.

Taylor, R.S.; Brown, A.; Ebrahim, S.; Jolliffe, J.; Noorani, H.; Rees, K.; Skidmore, D.; Stone, J.A.; Thompson, D.R.; Oldridge, N. (2004). *Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.* American Journal of Medicine, 116, 682-692.

Taylor, W.C.; Blair, S.N.; Cummings, S.S.; Wun, C.C.; Malina, R.M. (1999).

Childhood and adolescent physical activity patterns and adult physical activity. Medicine & Science in Sports & Exercise, 31, 118-123.

Tessier, S.; Vuillemin, A.; Bertrais, S.; Boini, S.; Bihan, E.L.; Oppert, J.M.; Hercberg, S.; Guillemin, F.; Briançon, S. (2007). *Association between leisure-time physical activity and health-related quality of life changes over time.* Preventive Medicine, 44, 202-208.

Trost, S.G.; Owen, N.; Bauman, A.E.; Sallis, J.F.; Brown, W. (2002). *Correlates of adults' participation in physical activity: review and update.* Medicine & Science in Sports & Exercise, 34, 1996-2001.

Varo, J.J.; Martinez-Gonzalez, M.A.; Irala-Estevez, J.; Kearney, J; Gibney, N.; Martinez, J.A. (2003). *Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union.* International Journal of Epidemiology, 32, 138-146.

Vuillemin, A.; Boini, S.; Bertrais, S.; Tessier, S.; Oppert, J.M.; Hercberg, S.; Guillemin, F.; Briançon, S. (2005). *Leisure time physical activity and health-related quality of life.* Preventive Medicine, 41, 562-569.

Ware, J.E.; Sherbourne, C.D. (1992). *The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection.* Medical Care, 30(6), 473-483.

Ware, J.; Snow, K.; Kosinski, M.; Gandek, B. (1993). *Health survey manual and interpretation guide.* Boston: New England Medical Center.

Wendel-Vos, G.C.W.; Schuit, A.J.; Tijhuis, M.A.R.; Kromhout, D. (2004). *Leisure Time Physical Activity and health-related quality of life: cross-sectional and longitudinal associations.* Quality of Life Research, 13, 667-677.

Wright, J.; Whitaker, R.C.; Pepe, M.S.; Seidel, K.D.; Dietz, W.H. (1997). *Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity.* The New England journal of medicine, 337(13), 869-873.

Word Health Organization. (2004). *Global Strategy on diet, physical activity and health.* Geneva, Switzerland.

The WHOQOL Group. (1995). *The World Health Organization Quality of Life Assessment: position paper from the World Health Organization.* Social Science & Medicine, 41, 1403-1410.

Zimmermann, J.J.; Eisemann, M.R.; Fleck, M.P. (2008). *Is parental rearing an associated factor of quality of life in adulthood?.* Quality of Life Research, 17, 249-255.

10 Anexos

Anexo 1: Carta de Consentimento.

U.PORTO
FACULDADE DE DESPORTO
UNIVERSIDADE DO PORTO

CARTA DE CONSENTIMENTO

Sou aluna do Mestrado em Actividade Física e Saúde da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto e, neste momento, estou iniciando a coleta de dados para elaboração da minha dissertação com o tema: "Análise da Auto-Percepção de Qualidade de Vida de Homens e Mulheres entre 18 e 64 anos da cidade de Aveiro, Portugal"

Neste sentido, gostaria que você participasse do grupo que irá compor o referido programa, respondendo a um questionário que avalia a Qualidade de Vida, juntamente com uma avaliação antropométrica. Declaro que os dados coletados serão mantidos em sigilo, de acordo com o que se propõe na pesquisa, e a sua identidade será preservada.

Certos de contar com seu apoio, agradecemos antecipadamente a atenção dispensada e colocamo-nos ao seu dispor para quaisquer dúvidas ou esclarecimentos.

Prof. Dr. Jorge Mota — Gicele Karini

Orientador — Pesquisadora

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu,_____, fui esclarecido sobre a pesquisa com o tema: "Análise da Qualidade de Vida em Sujeitos Fisicamente Ativos e Sedentários" e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.
Assinatura:_____ Data:_____

Anexo 2: Questionário para obter dados acerca das características pessoais, dados antropométricos e alguns dos fatores de risco ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Dados Pessoais e Antropométricos:

Nome:_____

Idade:_____

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Escolaridade:_____

Profissão:_____

Estado Civil:_____

Peso:_____

Altura:_____

IMC:_____

Fumador: ( ) Sim ( ) Não

Ingere bebida alcóolica pelo menos uma vez na semana?: ( ) Sim ( ) Não

É hipertenso? ( ) Sim ( ) Não

É diabético? ( ) Sim ( ) Não

Anexo 3: Questionário utilizado para mensurar Qualidade de Vida.

MOS SF-36

Para responder, coloque uma cruz no número que melhor descreve a sua saúde.				
1. Em geral, diria que a sua saúde é:				
Óptima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5
2. Comparando com o que acontecia há 1 ano, como descreve o seu estado geral actual:				
Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?			
	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a) Actividades Moderadas, tais como participar em desportos violentos ou mesmo correr ou levantar pesos....	1	2	3
b) Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa.....	1	2	3
c) Levantar ou pegar nas compras de mercearia.....	1	2	3
d) Subir vários lanços de escadas.....	1	2	3
e) Subir um lanço de escada.....	1	2	3
f) Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se.....	1	2	3
g) Andar mais de 1 km.....	1	2	3
h) Andar vários quarteirões ou grupos de casas.....	1	2	3
i) Andar um quarteirão ou grupo de casas.....	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.....	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?		
	Sim	Não
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades.....	1	2
b) Fez menos do que queria.....	1	2
c) Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou noutras actividades.....	1	2
d) Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ancioso/a)?		
	Sim	Não
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades.....	1	2
b) Fez menos do que queria.....	1	2
c) Não executou o trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como de costume.....	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?				
Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?					
Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?				
Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.
Por cada pergunta, coloque por favor uma cruz na resposta que melhor descreve a forma como se sentiu.

Quanto tempo, nas últimas 4 semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Se sentiu cheio/a de vitalidade?.....	1	2	3	4	5	6
b) Se sentiu muito nervoso/a?.....	1	2	3	4	5	6
c) Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5	6
d) Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?.....	1	2	3	4	5	6
e) Se sentiu com muita energia?.....	1	2	3	4	5	6
f) Se sentiu triste e em baixo?.....	1	2	3	4	5	6
g) Se sentiu estafado/a?.....	1	2	3	4	5	6
h) Se sentiu feliz?.....	1	2	3	4	5	6
i) Se sentiu cansado/a?.....	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?				
Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações:

Coloque uma cruz em cada linha	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a) Parece que adoeço mais facilmente do que os outros.....	1	2	3	4	5
b) Sou tão saudável como qualquer outra pessoa.....	1	2	3	4	5
c) Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar.....	1	2	3	4	5
d) A minha saúde é óptima.....	1	2	3	4	5