

Universidade Federal de Santa Catarina

Programa de Pós-Graduação em

Engenharia de Produção

**A INFLUÊNCIA DA NUTRIÇÃO, DA ATIVIDADE FÍSICA E DO  
BEM-ESTAR EM IDOSAS**

Dissertação de Mestrado

Cristiane Schüler Monteiro

Florianópolis

2001

Universidade Federal de Santa Catarina

Programa de Pós-Graduação em

Engenharia de Produção

**A INFLUÊNCIA DA NUTRIÇÃO, DA ATIVIDADE FÍSICA E DO  
BEM-ESTAR EM IDOSAS**

Cristiane Schüler Monteiro

Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Engenharia de Produção da  
Universidade Federal de Santa Catarina como requisito  
parcial para obtenção do título de Mestre em  
Engenharia de Produção.

Florianópolis

2001

Cristiane Schüler Monteiro

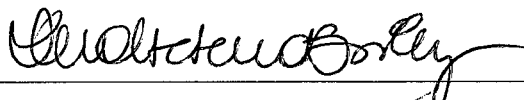
**A INFLUÊNCIA DA NUTRIÇÃO, DA ATIVIDADE FÍSICA E DO  
BEM-ESTAR EM IDOSAS**

**Esta dissertação foi julgada e aprovada para a obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção no Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina**

Florianópolis, dezembro de 2001

  
\_\_\_\_\_  
Ricardo Miranda Barcia, PhD  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação UFSC/EPS

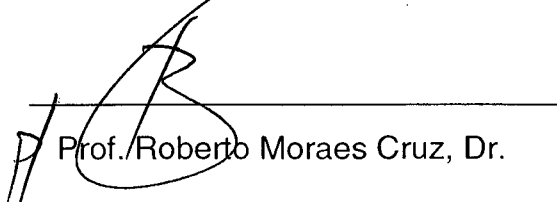
**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_

Prof. Vera Helena Moro Bins Ely, Dr<sup>a</sup>  
Orientadora

  
\_\_\_\_\_

Prof<sup>a</sup>. Leila Amaral Gontijo, Dr<sup>a</sup>

  
\_\_\_\_\_

Prof. Roberto Moraes Cruz, Dr.

Ao Lino, meu esposo e exemplo de perseverança e coragem.  
Ao Vinícius e Rodrigo, pela paciência e compreensão, pelo amor e por  
suas presenças em minha vida.

## *Agradecimentos*

Agradeço a Deus por ter me dado a chance da vida.  
À Professora Vera Helena Bins Ely, pela oportunidade, confiança e valorosas contribuições neste trabalho.

Ao SESC, pela liberação do local e compreensão da importância deste trabalho.  
Aos meus pacientes e as minhas jovens amigas da terceira idade, as quais deram um show de vida.

Aos meus colegas de mestrado, pela convivência querida, durante o curso.

Aos meus irmãos Durval, Sandra, Luciane, Sérgio e sobrinhos, que sempre torceram por mim à distância, com carinho.

Aos meus pais, por minha existência; ao meu pai, Petrônio, com seus 65 anos, pelo seu exemplo de motivação de vida e a minha mãe, Hereny, onde quer que esteja na outra vida, que continue me iluminando para continuar com motivação meu caminho.

A todas as pessoas não mencionadas, porém não esquecidas, que, de alguma maneira, contribuíram para a realização deste trabalho.

*“A vida só pode ser compreendida olhando-se para trás;  
mas só pode ser vivida olhando-se para a frente”.*

Soren A. Kierkegaard

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE FIGURAS .....</b>	<b>X</b>
<b>LISTA DE TABELAS .....</b>	<b>XI</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>XII</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>XIII</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
1.1 Justificativa.....	2
1.2 Objetivo Geral.....	3
1.3 Objetivos Específicos .....	3
1.4 Hipótese .....	4
1.5 Limitações .....	4
1.6 Metodo .....	4
1.7 Estrutura da Dissertação.....	5
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>7</b>
2.1 Terceira Idade .....	7
2.1.1 As Mudanças Internas.....	9
2.1.2 Os Idosos no Contexto Social .....	12
<b>2.2 Fatores que Interferem no Bem-estar na Terceira Idade .....</b>	<b>14</b>
2.2.1 A importância da nutrição saudável na terceira idade.....	16
2.2.2 Patologias na Terceira Idade.....	20
2.2.3 Motivação .....	24

2.2.4 Atividade Física .....	26
<b>3 PARTE PRÁTICA .....</b>	<b>30</b>
3.1 Montagem do Experimento .....	30
3.2 Procedimento de Coleta de Dados .....	32
3.3 Tratamento dos Dados .....	34
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>35</b>
4.1 Perfil Socioeconômico.....	35
4.2 Saúde .....	39
4.3 Auto-Imagem .....	41
4.4 Inquérito Alimentar .....	42
4.5 Cruzamento.....	43
4.5.1 Relação entre Perfil e Auto-Imagem.....	43
4.5.2 Relação IMC versus Patologias.....	44
4.5.3 Relação Patologia versus Atividade Física.....	45
4.5.4 Relação Auto-Imagem, Atividade Física, Nutrição e Patologias.....	46
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>47</b>
<b>6 CONCLUSÃO .....</b>	<b>51</b>
<b>7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>52</b>
<b>8 ANEXOS .....</b>	<b>59</b>
8.1 Entrevista.....	59
8.2 Dados Referentes ao Perfil dos Entrevistados.....	61
8.3 Dados Referentes à Saúde dos Entrevistados .....	62
8.4 Dados Referentes a Auto-Imagem dos Entrevistados .....	63
8.5 Dados Referentes à Alimentação dos Entrevistados.....	64



<b>8.6 Auto-Imagem Versus Atividade Física Versus Nutrição</b>	
<b>Versus Patologia .....</b>	<b>65</b>
<b>8.7 Depoimentos.....</b>	<b>66</b>
<b>8.8 Patologia Versus Atividade Física .....</b>	<b>67</b>
<b>8.9 Índice de Massa Corporal Versus Patologia .....</b>	<b>68</b>

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Distribuição percentual da renda dos entrevistados, por grupo de estudo .....	37
Figura 2: Como residem os entrevistados, por grupo de estudo .....	38
Figura 3: Estado civil dos entrevistados, por grupo de estudo .....	38
Figura 4: Renda (71%) dos entrevistados que se sentem satisfeitos com a vida, por grupo de estudo. ....	44

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Resultado dos testes aplicados na comparação entre os grupos em estudo – Perfil .....	36
Tabela 2: Estatística descritiva dos dados referentes à saúde dos entrevistados.	40
Tabela 3: Resultado dos testes aplicados na comparação entre os grupos em estudo – saúde.....	40
Tabela 4: Resultado dos testes aplicados na comparação entre os grupos em estudo – auto-imagem.....	42
Tabela 5: Resultado dos testes aplicados na comparação entre os grupos em estudo - alimentação .....	43
Tabela 6: Distribuição dos índices de massa corporal e das doenças nos Grupos I e II. ....	45
Tabela 7: Distribuição dos resultado dos testes aplicados nos dados dos entrevistados que se sentem satisfeitos com a vida .....	46

## RESUMO

MONTEIRO, Cristiane Schüler. **A influência da nutrição, da atividade física e do bem-estar em idosas**. Florianópolis, 2001, 81f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, 1999.

O trabalho objetivou verificar a relação da atividade física, nutrição, motivação e patologias no bem-estar das pessoas da terceira idade. A pesquisa avaliou um total de 70 pessoas, do sexo feminino, distribuídas em dois grupos: o Grupo I, assistido no consultório de nutrição, e o Grupo II, freqüentadores do SESC, localizado no Bairro Água Verde de Curitiba. Recorreu-se à técnica da entrevista padronizada. O Grupo I apresentou-se com tendência à depressão, falta de motivação e pouco relacionamento social. O Grupo II demonstrou capacidade de relacionamento social e motivação para viver. Realizou-se o cruzamento de dados relativos às seguintes variáveis: perfil socioeconômico, auto-imagem, saúde e inquérito alimentar. Os resultados mostraram que a ausência ou não das patologias não interferem para diminuir a motivação na terceira idade, elas não assumiram grande importância para uma vida feliz, pois o que influenciou no bem-estar foram a atividade física e a nutrição.

## ABSTRACT

MONTEIRO, CRISTIANE SCHULER. **The influence of the nutrition, physical activity and pathologies well-being is of the third age life.** Florianópolis, 2001, 81 f. Dissertation (Master's degree in Engineering of Production) - Program of Masters degree in Engineering of Production, UFSC, 1999.

The work aimed at to verify the relationship among the nutrition, physical activity and pathologies well-being is of the third age life. The research evaluated a total of 70 people, of the feminine sex, that distributed two groups: the Grupo I, attended in the nutrition clinic, and the Grupo II, visitors of SESC, located in the Neighborhood Green Water of Curitiba. It was fallen back upon the technique of the standardized interview. The Grupo I came with tendency to the depression, motivation lack and little social relationship. The Grupo II demonstrated capacity of social relationship and motivation to live. She took place the crossing of relative data to the following variables: profile social economy, self image, health and alimentary inquiry. The results showed that if the pathologies interfere to reduce the life motivation in the third age, they did not assume great importance for a happy life, because what influenced in the life well-being it were the physical activity and the nutrition.

## 1 INTRODUÇÃO

Percebe-se em todo o mundo, mesmo nos países em desenvolvimento como o Brasil, um aumento progressivo da longevidade, uma diminuição da natalidade e uma melhoria das condições de saúde. No mundo, 20% dos seres humanos encontram-se na terceira idade; no Brasil, ela cresce 2,5% ano e em Curitiba representa 8,1% da população (IBGE, 1996). Pode-se afirmar que a população mundial de idosos vem crescendo cada vez mais, causando diferentes impactos nas pessoas. Para as pessoas compreenderem e aproveitarem os anos conquistados de experiências, de maturidade, de serenidade, e aceitarem esta etapa culminante do desenvolvimento humano, muitas vezes é difícil, pois as mudanças que ocorrem freqüentemente, tanto em nível social como em nível biológico e psicológico, é um processo de aprendizagem a ser realizado pelos idosos. É nessa fase que a pessoa atinge o ápice da sua afirmação (Loureiro, 1998, p. 37).

Além do conjunto de mudanças normais nesta fase da vida, as alterações funcionais decorrentes também por deficiências nutricionais; são resultados do processo de envelhecimento fisiológico normal e necessariamente não precisam provocar doença, disfunções, invalidez ou depressão (Moreira, 1995, p.37).

As contínuas conquistas da medicina vêm contribuindo para que um expressivo contingente de pessoas consiga atingir a terceira idade, prolongando cada vez mais a expectativa de vida.

Em função disso a velhice vem proporcionando aos estudiosos de diferentes áreas mais elementos para pensar sobre ela e planejá-la. No Brasil a literatura que

trata dos idosos encontra-se em franca construção, pois, no dizer de Martins (1974, p.335) “Estamos diante de um fenômeno novo, decorrente do extraordinário crescimento populacional das últimas décadas e das características próprias da sociedade industrial moderna”.

Especificamente quanto às pesquisas na área da nutrição, Michelin (2000, p.23) propõe “que o desfecho mais prático na pesquisa sobre os efeitos da dieta e nutrição no envelhecimento seja um melhor entendimento de como a nutrição pode auxiliar a manter uma boa qualidade de vida”.

E é nessa perspectiva que se insere a elaboração deste trabalho. Afinal, a terceira idade é uma fase da vida em que a pessoa passa a viver um dos momentos mais felizes, em que o único dever é continuar a ser feliz. "Nada mais digno que um pai e um avô, que uma mãe e uma avó cheios de idade" (Gomes,1998, p. 149).

## **1.1 Justificativa**

Apesar de a literatura sobre a terceira idade ser ainda incipiente, não se pode negar o salto dado pelas pesquisas voltadas a esse segmento populacional. De simples “caso médico”, a velhice passou a ser objeto de preocupação analítica de diferentes áreas do conhecimento, como a Psicologia, a Nutrição, Educação Física, entre outras.

Na área de nutrição as pesquisas visam principalmente a uma melhor compreensão do papel da nutrição para auxiliar na aquisição ou manutenção do bem-

estar, em função disso julgou-se importante elaborar um estudo que se apoiasse em pesquisa de campo.

As pessoas, ao chegarem na terceira idade, procuram se adaptar a essa realidade, mas, muitas vezes, devido aos problemas patológicos, marginalizam-se deixando de viver e aproveitar os anos conquistados. Surge, então, a importância de conhecer os fatores que podem interferir no bem-estar das pessoas da terceira idade pois envelhecer é um fator natural de idade cronológica e não de doença e desmotivação.

## **1.2 Objetivo Geral**

Verificar a relação da nutrição, da atividade física, das patologias e da motivação no bem-estar das pessoas da terceira idade.

## **1.3 Objetivos Específicos**

- Conhecer melhor a rotina dos entrevistados
- Fazer uma avaliação antropométrica e nutricional;
- Verificar os níveis de percepção que levam as pessoas da terceira idade a estarem motivadas.



## 1.4 Hipótese

O Bem-estar não seria resultado da ausência ou não de patologias, mas sim da interferência da nutrição, atividade física e da motivação.

## 1.5 Limitações

Segundo o Boletim Epidemiológico de Curitiba (1997), os habitantes com mais de 60 anos ou mais representam 8,1% da população\*. Neste trabalho, foram entrevistadas apenas 70 pessoas do sexo feminino. Tal recorte no universo da população não permite a generalização dos resultados.

## 1.6 Método

Para verificar a relação da nutrição, atividade física, motivação e patologia como fatores que interferem no bem-estar da terceira idade, foi realizada uma pesquisa de campo por meio de entrevista padronizada, bem como a medição antropométrica de peso e altura. A entrevista padronizada possibilitou conhecer a população quanto ao perfil socioeconômico, à saúde, à auto-imagem e ao inquérito alimentar, proposto por Gouveia (apud Vasconcelos, 1993).

A técnica do inquérito alimentar possibilita o levantamento do alimento ingerido diariamente em quantidade e qualidade, para avaliar se alimentação está de acordo com as necessidades calóricas diárias da faixa etária em análise. Esse é um aspecto bastante ressaltado por Deepack Chopra (1999), Burini (2000), Nahas

---

\* A população total de Curitiba 1.586.848 (IBGE, censo 2000).

(2001), entre outros. Esses autores destacam que a vida moderna impõe uma alteração no padrão alimentar cujos efeitos são observados diretamente na saúde.

## **1.7 Estrutura da Dissertação**

Esta dissertação está estruturada em 8 capítulos.

O capítulo 1 trata da introdução, justificativa, objetivo geral, objetivos específicos, hipótese, limitações, metodologia e estrutura da dissertação.

O capítulo 2 é a Fundamentação Teórica desta pesquisa. Em primeiro lugar, a preocupação centrou-se na explicação a respeito da conceituação da terceira idade, uma vez que essa fase da vida humana representa a base do trabalho. Posteriormente, destacam-se os fatores que interferem na qualidade de vida das pessoas que vivenciam a terceira idade.

O capítulo 3, Parte Prática, descreve a pesquisa de campo detalhando a montagem do experimento, a coleta e o tratamento de dados.

O capítulo 4, Resultados, apresenta as relações e os cruzamentos entre os dados levantados quanto ao perfil socioeconômico, saúde, auto-imagem e inquérito alimentar.

O capítulo 5, Discussão, analisa os resultados comparando-os com a literatura revisada.

O capítulo 6, dedicado às conclusões, comprova a hipótese que norteia este trabalho. As reflexões teóricas apresentadas nesta dissertação, bem como a pes-

quisa de campo, confirmam a hipótese de que a qualidade de vida não resulta da ausência de patologias, mas sim da interferência da nutrição, atividade física e da motivação.

O capítulo 7 compreende as bibliografias consultadas.

O capítulo 8 apresenta os anexos.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Abordamos, de forma breve, os principais aportes teóricos que embasaram esta pesquisa. Em primeiro lugar, a preocupação centrou-se na explicação a respeito da conceituação de terceira idade, uma vez que essa fase da vida humana representa a base do trabalho. Posteriormente, destacamos os fatores que interferem na qualidade de vida das pessoas que vivenciam a terceira idade.

### **2.1 Terceira Idade**

A pesquisa respeita os parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde, que classifica na fase da terceira idade a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos, nos países subdesenvolvidos.

O conceito de velhice adquiriu importância apenas depois do século XVIII (Birman, 1995, p.11). Diante das necessidades de criar condições específicas para um maior conhecimento sobre a velhice surgiu a Gerontologia, ciência de caráter multidisciplinar que estuda todos os aspectos do envelhecimento (sanitário, sociológico, econômico, entre outros).

Em 1909, Nascher, criou um ramo da medicina e da gerontologia para tratar a saúde dos velhos nos aspectos: preventivo, clínico, terapêutico, reabilitação e vigilância contínua, e denominou esse ramo de Geriatria (OMS, 1974). Atualmente, como consequência do crescimento da população de pessoas idosas, a velhice tem atraído a atenção de estudiosos e vem exigindo maiores entendimentos.

A terceira idade, como faixa etária, denuncia a decorrência do tempo que apresenta como característica a irreversibilidade do processo de envelhecimento biológico determinado por um relógio genético e fatores ambientais. Inscreve-se no tempo entre o nascimento e a morte do indivíduo (Ballone, Fernandes, Rossi, Bock e Accordi 1981, p. 37). Dada a dificuldade de precisar o tempo de início desse processo, o critério mais simples para se inserir um indivíduo no período da terceira idade, parece ser o critério cronológico.

Na perspectiva do significado da velhice, segundo Ferreira (1988, p. 667), a palavra velho traz em uma de suas conotações: “desusado, antiquado; obsoleto “é estado ou condição de velho” e/ou “rabugice”. Da mesma forma, Simões (1994, p. 14) afirma que a expressão velho pode significar perda, deterioração, inutilidade, fragilidade, decadência, antigo, gasto pelo uso. Tais significados acabaram por criar uma concepção pejorativa a respeito da velhice, resumindo-a a estereótipos, preconceitos, mitos e rótulos sempre desabonadores.

Numa tentativa de superar esse entendimento, novos estudos buscaram uma designação para os jovens aposentados que correspondesse à idéia de um envelhecimento independente e ativo.

Cunhou-se, então, a expressão “terceira idade” (Peixoto, 1998, p. 46), relacionando a imagem da velhice com experiência, independência, liberdade e prazer.

### 2.1.1 As Mudanças Internas

A terceira idade, mais que um corte cronológico, destaca-se como resultado e prolongamento de um processo; progressivo de mudanças, comumente ligado à passagem do tempo. Por exemplo, alterações na audição, na visão, diminuição da densidade óssea, atrofia celular (rugas), diminuição progressiva da velocidade de condução nervosa e da intensidade de reflexos, entres outros.

Embora todas as fases da vida sejam caracterizadas por um conjunto de mudanças orgânicas, as alterações biológicas e psicológicas, aliadas a preconceitos, tornam-se mais evidentes e comprometem a capacidade de adaptação das pessoas de terceira idade ao meio ambiente.

Importante se faz o conhecimento acurado desse período da vida humana, num estudo que se preocupe com o processo de envelhecimento; que busque dissociar a fase do envelhecer do termo doenças. Se cada indivíduo apresenta uma forma de envelhecer, então não é possível definir a velhice simplesmente pelo referencial da cronologia, mas devem-se privilegiar, sobretudo, as alterações fisiológicas, celulares, teciduais, orgânicas e funcionais (Papaléo, 1997, p. 313).

A concepção de Deepack Chopra (1999, p.87) considera que há três modos distintos e separados de medir a idade de alguém: a idade cronológica, a biológica e a psicológica, devido à complexidade de forças que operam dentro de um corpo que envelhece.

“O tempo não afeta uniformemente seu corpo, contudo; praticamente cada célula, tecido e órgão envelhece dentro de seu próprio calendário, o que torna a idade biológica muito mais complexa do que a cronológica”. (Deepack Chopra)

Correspondendo ao número de anos transcorridos desde o nascimento, a idade cronológica não apresenta dúvidas: é igual para todos os seres humanos. Embora se defina como uma medida objetiva, diz pouco a respeito de cada pessoa, pois indivíduos de idade semelhante mostram-se totalmente diferentes na sua forma de ser. A terceira idade aparentemente muito geral denuncia-se paradoxalmente muito pessoal: cada um envelhece de acordo com sua história, sua cultura, suas experiências, seu estado de espírito, seu poder socioeconômico e, principalmente, de acordo com a velocidade do declínio de suas funções fisiológicas (Ferrari, 1999, p. 197).

Freqüentemente a idade biológica não coincide com a idade cronológica, nem com as demais construções sociais a respeito de velhice (Cardoso, 1999, p. 11). A idade biológica tem seus limites, mostra-se muito mais complexa, pois ela não afeta uniformemente o corpo; praticamente cada célula, tecido e órgão envelhece respeitando um calendário muito peculiar, em que há um esgotamento da reserva orgânica do indivíduo. No processo de envelhecimento em nível morfológico<sup>1</sup>, as transformações resultam das origens histológicas que se alteram no decorrer do tempo.

Podem ocorrer limitações funcionais em ritmos diferentes, mas é difícil defini-las, pois o que para uns constitui doença e limitação, para outros é um mero incômodo que não os impede de desempenhar os mesmos papéis que qualquer ser desempenha normalmente na vida adulta. Com o passar dos anos, porém, a velocidade das reações químicas internas do organismo humano se reduz, por exem-

---

<sup>1</sup>Nível morfológico: modificações na coloração capilar e na pele.

plo, há diminuição das secreções salivares, alteram-se a cor do cabelo e o tamanho da orelha; também há decadência da capacidade funcional da estrutura física da pessoa; a densidade dos músculos tende a diminuir progressivamente ocasionando a rarefação do tecido muscular, e a gordura corporal tende a aumentar, mas pode ser alterada por meio do exercício físico regular, diminuindo assim o excesso de gordura, a taxa de açúcar inadequada e o decréscimo de massa muscular (Ballone, 1981, p.41).

“Assim a flecha do tempo pode se deslocar para frente rápida ou lentamente, parar ou até mesmo voltar para trás. Seu corpo pode tornar-se jovem ou mais velho biologicamente, depende de como você o tratar”. (Deepack Chopra)

A idade psicológica atua num âmbito mais flexível, subjetivo. Não existem duas pessoas psicologicamente classificadas com a mesma idade, porque não existem duas pessoas dotadas de idêntico acervo de experiências e reações diante dos problemas (Deepak Chopra, 1999, p. 89). Muitas pessoas sentem-se velhas, mesmo que o espelho não denuncie o passar dos anos. Essa maneira de julgar-se pode estar vinculada ao estilo de vida que levaram ou ao acúmulo de experiências negativas ao longo da vida, ou à incapacidade de equacionar problemas que pareçam agigantar-se com o passar da idade.

Pode-se concluir que idade é afinidade e semelhança com o modo de vida que cada pessoa impõe a si mesma, da forma como encara a vida e os problemas. Assim, ela pode ser definida também pela sensação de bem-estar constante ou pela dolorosa e estressante perda da alegria de viver ante a sensação de inutilidade da contribuição que poderia oferecer, ou, ainda, pela busca de meios para es-



tabelecer relacionamentos que tragam a alegria de viver (Ploner, 2000, p. 15).

### 2.1.2 Os Idosos no Contexto Social

O homem está interligado ao meio em que se insere tanto como produto quanto como produtor da sua história e também da história da sua sociedade. Os homens são os personagens de uma história que eles mesmos criam fazendo-os autores e personagens ao mesmo tempo (Ciampa, 1984, p.60). O ser humano não sobrevive por si mesmo, nem se constrói como tal. "O indivíduo histórico-social é também um ser biológico, constitui-se através da rede de inter-relações sociais" (Bonin, 1998, p.61)

Constitui-se mediante uma "rede de inter-relações em movimento", tendo presente que o sujeito é ativo, orienta-se no mundo e é capaz de tomar decisões (Bonin, 1998, p. 59).

Nesse sentido, é necessário entender o idoso integrado a um setor social e capaz de participar ativamente de sua comunidade. Em decorrência, as questões da velhice assumem dimensões que são reveladas nos aspectos demográficos, sociais e econômicos.

Para Martins (1974, p.335), que considera a velhice como fenômeno social, "pertencem ao campo socioeconômico os fatores determinantes desse novo fenômeno: 1) aumento da expectativa de vida e crescimento da proporção de idosos na população; 2) crescente apelo à capacidade da economia coletiva para ocorrer à manutenção do setor inativo; 3) decrescente demanda de elementos idosos para

participarem da força de trabalho; 4) ampliação de planos públicos e particulares de previdência e assistência”.

Em 1900, havia 10 a 17 milhões de pessoas no mundo com mais de 65 anos, menos de 1% da população mundial. Em 1992 o número ascendeu a 342 milhões, correspondendo a 6,2% e, estima-se que, em 2050 existam 2,5 bilhões de pessoas com mais de 65 anos, cerca de 20% do total dos seres humanos sobre a terra. No Brasil, a população total cresce numa taxa de 2,5% ao ano e a taxa de idosos, a 5% ao ano (IBGE, 1996).

No município de Curitiba, em 1980, havia 55.820 habitantes com 60 anos ou mais, representando 5,4% da população; em 1996, esse montante evoluiu para 115.354 habitantes com mais de 60 anos ou mais, representando 8,1% da população (Boletim Epidemiológico de Curitiba, 1997).

O Brasil, segundo estatísticas, deixará de ser um país de jovens, o que suscita o aumento de preocupação com pessoas situadas na faixa de idade mais madura (Ramos, 1993, p.5). Cabe, então à ergonomia, também, criar condições para que as pessoas na terceira idade com problemas de saúde tentem adaptar-se às novas condições de vida, uma vez que as saudáveis procuram preservar as condições de vida que sempre mantiveram, pois conforme Bustamante (op. Cit), “...o bem-estar é o objetivo do trabalho ao criar objetos e transformar o meio. Ele não depende só disso, depende da educação, entendida como melhora pessoal que se mostra em atitudes positivas, tanto a nível individual como social.”

É forçoso reconhecer que, quanto mais velha uma população, maior será o número de dependentes economicamente, o que impõe a necessidade de políti-

cas públicas sociais mais efetivas, para garantir a dignidade e qualidade de vida dos cidadãos da terceira idade.

A Constituição Federal de 1988, em seu art. 230, afirma que “o Estado e a família têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar, e garantir-lhes o direito à vida”.

A população que atravessa o período da velhice, na maior parte, precisa de um espaço social, com educação para o envelhecimento saudável e natural, de forma a torná-la participativa na trama da sociedade (Ploner, 2000, p. 23).

Atualmente, num repensar das bases culturais, vêm surgindo grupos de terceira idade como a Universidade da Terceira idade, as denominadas “Les Universités du Troisième Âge” e Centros de Atividades, SESC (Serviço Social do Comércio).

## **2.2 Fatores que Interferem no Bem-estar na Terceira Idade**

A promoção da boa qualidade de vida na terceira idade é um empreendimento conquistado dia a dia, que resulta do equilíbrio entre a saúde, alimentação, agilidade física, bom humor e coragem acima de tudo (Mardegan, 1997, p.34). Para muitos autores, qualidade de vida é um conceito de difícil determinação considerando os variados componentes de ordem subjetiva e objetiva. Galisa e Pustiglione (1998, p.158) definem “qualidade de vida boa ou excelente é aquela que oferece um mínimo de condições para que os indivíduos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir, amar ou trabalhar, obtendo-se assim, satisfação.”

Viver com qualidade é ter consciência do próprio comportamento e autocrítica que permitam avaliar as conseqüências do estilo de vida na relação consigo e com o outro (Sucesso, 1998, p. 29). Entre a consciência da necessidade da mudança de comportamento e sua real efetivação, estabelece-se uma longa distância. Mudar o comportamento, alterar hábitos arraigados prejudiciais à qualidade de vida não se fazem por mágica ou pela simples vontade de mudar, é preciso ter disciplina, persistência, determinação, e incluem também o equilíbrio entre os estados físico, o funcional, o psicológico, o social e os fatores econômicos (Michelon, 2000, p. 27).

Para que tais mudanças aconteçam, pensa-se que a pessoa deva estar madura. A pessoa pode estar madura em qualquer idade se ela estiver aberta ao crescimento e ao desenvolvimento. Um dos momentos em que a pessoa mantém-se aberta ao crescimento é quando ela possui a capacidade de dedicar uma parte do seu tempo ao lazer, pois o lazer não é necessário apenas para a integridade psicológica, mas para o bem físico também (Brennan & Brewi, 1991, p. 147). Assim, deve-se pensar na busca de mudanças como um empreendimento de caráter sociocultural que resulte na qualidade de interação entre pessoas em mudança (Neri, 1990, p. 128).

Essas mudanças poderão ocorrer durante a extensão da vida humana, não somente prevista em número de anos, mas também em anos vividos com qualidade de vida (Moragas, 1981, p. 43). É possível manter o espírito jovem até a morte, pois não existe aposentadoria da vida. Há quem pense que para manter-se jovem é ter ausência de rugas, é preciso lembrar que para manter-se jovem é preciso ter

agilidade, alegria de viver, alimentação bem cuidada, equilíbrio, bom humor, coragem, satisfação e saúde (Mardegan, 1997, p. 130).

Manter-se jovem é estar com saúde, pois a saúde está interligada a todo o processo evolutivo de bem-estar interior. Portanto, entende-se que ninguém necessariamente precisa sentir-se velho por completar 60 anos, vai depender do que cada escolher para si. Enquanto a pessoa tiver grandes expectativas, estiver estimulada e cheia de propósitos, terá esperança e sentir-se-á plenamente viva; se parar de esperar a grandeza, então deixará de ser grande e permanecerá viva apenas. E ser grande também é estar pronto para envelhecer com qualidade de vida, pois dependerá do delicado equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo que lhe possibilitará lidar, em diferentes graus de eficácia, com as perdas inevitáveis desse período de vida.

### 2.2.1 A importância da nutrição saudável na terceira idade

Em todos os ciclos da vida a nutrição é um grande contribuinte para a formação e o sustento do corpo humano (Moreira, 1995, p. 37), pois nenhum determinante a suplanta quando a questão envolve a preocupação com um desenvolvimento orgânico normal a partir da vida de um indivíduo.

A capacidade energética de um indivíduo tem relação direta com a quantidade e com a qualidade de alimentos ingeridos. Os aspectos qualitativos e quantitativos da dieta influenciam o bem-estar físico, a incidência de doenças e a duração de vida do ser (Schlenker, 1976, p. 44). Mesmo que o adulto tenha crescido e amadurecido, seu suprimento básico alimentar ainda deve fornecer todos os nutrientes

necessários para a manutenção da estrutura corporal e para a operação de sua máquina orgânica, pois a alimentação saudável é um dos pilares que sustentam a valiosa construção do bem viver (Prado, 1998, p. 157).

A existência humana depende da interação entre o homem e o meio em que ele vive, e uma dessas interações se relaciona com os hábitos alimentares. Quando preponderam os bons hábitos ocorre uma vida longa e saudável; os maus hábitos, ao contrário, podem determinar uma vida mais breve e com manifestações de diversas doenças (Moriguchi, 1987, p. 104). À medida que a idade avança, grande parte das funções corporais declina, e com isso a maioria das pessoas come menos e, em consequência, as ingestas de nutrientes ficam abaixo da recomendação.

Pesquisas mostram que o principal fator que determina o potencial de longevidade é a nutrição adequada (Suzuki, 1999, p.117). Isto faz crer que o tipo de alimentação pode estar diretamente associado à qualidade de vida do indivíduo (Moriguchi, 1988, p. 290), pois uma alimentação adequada pode diminuir o risco de incidência de certas doenças.

Existem índices nutricionais, específicos para cada idade e gênero, recomendados para a manutenção da boa nutrição em pessoas saudáveis RDA<sup>1</sup> (Recommended Dietary Allowances, 1989). Para idosos, os RDA devem manter o estado ótimo da função fisiológica e prevenir as doenças e desordens dependentes da idade.

O estado nutricional se define como o estado de saúde de uma população ou de um indivíduo como consequência da ingestão e absorção, utilização e excreção de nutrientes. Os indicadores nutricionais capazes de avaliar o estado nutricional

de uma pessoa são quantitativos e podem ser classificados como: antropométrico, avalia IMC (índice massa corporal) a partir do peso, e da altura; bioquímicos, efetuados por meio de exames hematológicos, séricos e urinários; clínicos, diagnosticados pela pressão sistólica e diastólica, e por limitações físicas ; e dietéticos, pela identificação das alterações nutricionais, através da ingestão de alimentos e bebidas (Schlenker, 1976, p. 240).

Com o aumento da idade, há uma diminuição gradativa do metabolismo basal (quantidade de energia a ser consumida) e, em consequência, necessita-se de menor quantidade energética.

A taxa de metabolismo basal (TMB) pode ser estimada com relativa precisão por meio de equações empíricas que utilizam o peso e a altura. O metabolismo basal representa a perda inevitável de calor devido ao metabolismo celular e à manutenção das funções fisiológicas como circulação, respiração, digestão e tônus muscular. Existe uma variação do metabolismo basal, dependente de fatores genéticos, massa corporal magra, quantidade de tecido adiposo, atividade física, entre outras.

A energia recomendada destina-se a atender às necessidades de consumo de energia pelo organismo para cobrir as demandas do metabolismo em geral, tanto em condições de saúde como na doença. Essa energia é chamada de Valor Energético Total (VET) e é produzida pela combustão dos alimentos.

A taxa de metabolismo basal aos 65 anos é 20% menor que aos 25 anos. De modo geral, pela redução de seu metabolismo e, sobretudo, pela menor atividade física, deve o idoso reduzir sua ingestão calórica diária, sob o risco de, não o fazendo, engordar e não ter um envelhecimento saudável.

Conforme a RDA<sup>1</sup> (1989), após 51 anos de idade a necessidade calórica para homens é de 600 kcal/dia e para mulheres é de 300 kcal/dia. A ingestão protéica diária, para ambos os sexos, fica em 0,8 g/kg, carboidratos em 45–50% das calorias totais e lipídios em 30% e água em 30-35 ml/kg.

O idoso possui dificuldades para detectar tanto o sabor doce como o sabor salgado dos alimentos, o que o predispõe a concentrar o tempero dos alimentos para ajustá-lo ao paladar,<sup>2</sup> que está alterado. Essas alterações ocorrem em função das reduções de função dos órgãos sensoriais - diminuição do olfato, da degustação<sup>3</sup> e do apetite<sup>4</sup> - que interferem no estado nutricional do idoso. Portanto, não há dúvida de que o apetite nos idosos é influenciado, principalmente, pela diminuição de sensibilidade das papilas gustativas<sup>5</sup> de forma a dificultar a capacidade de apreciação do sabor dos alimentos (Escott-Stump, 1999, p.29).

A alimentação e o estado nutricional podem estar associados com o processo de envelhecimento e estilo de vida (Moreiras, 1995, p.37). O IMC (índice de massa corporal) (Índice de Quetelet, 1869) mostra-se como um bom indicativo da quantidade de gordura e vem sendo utilizado como critério de diagnóstico do estado nutricional nas pesquisas inerentes ao processo de envelhecimento (Najas 1996, p. 243), cujos índices significam: >19 abaixo do peso; 19,0-25 normal; 25,1-30 excesso de peso; 30,1-35 obesidade leve; 35,1-40 obesidade moderada, < 40 obesidade mórbida.

---

<sup>2</sup> Paladar: vontade de comer

<sup>3</sup> Degustação: processo de classificação pelo paladar para determinar o sabor

<sup>4</sup> Apetite: gosto



Entre as técnicas utilizadas para identificar os hábitos alimentares, pode ser citado o método recordatório de 24 horas (Gouveia *apud* Vasconcelos, 1993).

Consiste em fazer com que o indivíduo recorde todos os alimentos e as bebidas ingeridas nas últimas 24 horas com vistas a estabelecer a quantidade de energia alimentar que deve ser ingerida para compensar o gasto energético compatível com o estado de saúde, idade, peso e altura do indivíduo, conforme as recomendações RDA - Recommended Dietary Allowances (1989).

A partir da aplicação desse método, os estados patológicos que surgem podem ser orientados para não ocorrer deficiência alimentar de nutrientes essenciais ou ingestão excessiva, que podem apresentar riscos de saúde, em todos os ciclos biológicos da vida.

Quanto mais a pessoa envelhece, mais complexa e longa é a sua história dietética (Snowman, 1999, p. 318). Pesquisas mostram que os hábitos dietéticos inadequados apresentam-se como um importante fator de risco para o surgimento de doenças crônicas em idosos (Michelon, 2000, p. 26). Por exemplo, quando a ingesta calórica excede o gasto energético, o excesso é armazenado como tecido adiposo e predispõe os idosos a doenças cardiovasculares e outras.

### 2.2.2 Patologias na Terceira Idade

Mesmo na ausência de doenças, como reflexo do envelhecimento, o avanço de idade desencadeia alterações fisiológicas inevitáveis. Tais alterações caracterizam-se por variáveis comuns clinicamente relevantes, incluindo alterações na capacidade auditiva, na acuidade visual, na função pulmonar, na função renal, na

função imunológica, na densidade óssea, e em muitas outras funções razoavelmente substanciais. Essas alterações fisiológicas chamadas normais do envelhecimento têm seqüelas clínicas claras, e muitos sintomas são esperados e não tratados por muitos idosos, pois deriva da noção de parte de pessoas de que é doença da idade avançada e não declínio funcional normal.

“Um envelhecimento com sucesso se entende alcançar idades avançadas cumprindo parâmetros biológicos acertados para cada tempo de vida e conservado intacta uma gratificante relação funcional, mental e social” (Llera, 1995, p.7).

Essas alterações fisiológicas predis põem a uma maior probabilidade ou à gravidade da ocorrência de uma doença e incluem reduções das funções de inúmeros órgãos. Tal situação impõe à pessoa idosa um risco aumentado de morbidade e o aparecimento de patologias crônicas. As mais comuns são: o diabetes melitos, a hipertensão, as cardiopatias, o câncer, as doenças músculo-esqueléticas e a obesidade, todas com clara evidência de fatores dietéticos implicados (Moreiras, 1995, p. 38).

O diabetes melitos caracteriza-se por anormalidades no sistema endócrino, no metabolismo de carboidratos, de proteínas e de gorduras, que levam ao aumento da glicose plasmática em resposta à diminuição de uma secreção da insulina, ocasionando aumento de peso, principalmente com o avanço da idade. O diabetes melitos ocorre em ambos os sexos e normalmente em pessoas obesas e especialmente em idosos. O portador do diabetes melitos deve controlar o peso, os níveis de glicose sangüínea, submeter-se a um balanceamento alimentar para evitar riscos de hipertensão, cardiopatias e obesidade.

Na hipertensão, a prevalência aumenta com a idade; prepondera tal ocorrência em pessoas do sexo masculino, em pessoas com diabetes e em obesos, para os quais a preferência alimentar incide sobre a ingestão de calorias lipídicas de fonte animal. Na hipertensão ocorre o aumento permanente da pressão arterial, que pode ocasionar uma hipertrofia ventricular capaz de afetar o fluxo sanguíneo e alterar o controle homeostático. O rim participa desse processo regulando a pressão sanguínea e controlando o volume de fluido extracelular e quando o rim não funciona desenvolve-se a hipertensão. O hipertenso deve não apenas controlar o seu peso, mas também a diminuição do sódio e a redução de lipídios na dieta.

Nas cardiopatias, os vasos sanguíneos tornam-se menos elásticos, a resistência periférica aumenta, o coração perde a capacidade de fornecer um fluxo sanguíneo suficiente para o resto do organismo, acarretando mudanças no estilo de vida das pessoas levando-as ao sedentarismo e à obesidade, a excessos físicos e dietéticos, agravados em idades mais avançadas e principalmente em pessoas do sexo masculino. Quem sofre de cardiopatias deve reduzir o peso corpóreo e seguir uma dieta especial.

Quanto ao câncer, células tumorais se multiplicam podendo receber energia mediante a degradação dos carboidratos. A nutrição pode modificar o processo de carcinogênese aumentando as defesas celulares (Das Gupta, 2001, p. 69). A estratégia para mudar a ingestão de nutrientes dependerá do problema específico e da extensão da depleção.

Também, surgem outras patologias devido às alterações músculo-esqueléticas relacionadas a diferentes fatores, que podem estar associadas a: comprometimento da regulação do anabolismo das proteínas, diminuição da ingestão de cálcio

cio, exercícios limitados, alimentação errada. Tudo isso predispõe o organismo ao desencadeamento da osteoporose e de doenças reumáticas em razão da degeneração e da inflamação das articulações, que afetam os tecidos intersticiais, vasos sanguíneos e ossos. Com o surgimento da inflamação, ocorre aumento do metabolismo e isto requer maior consumo de nutrientes. Caso a pessoa apresente deficiência nutricional, o problema poderá agravar-se ainda mais.

Todas essas patologias citadas anteriormente poderão ser desencadeadas pela obesidade, que se evidencia como um desequilíbrio que ocorre em razão da grande ingestão de energia que não encontra saída na mesma proporção (BALLONE,G; FERNANDES, F; ROSSI,E; BOOCK,E; ACCORDY,J, 1981, p. 37).

As patologias acabam-se interligando e influenciando o estilo de vida individual, principalmente na terceira idade, pois, em geral, nesta fase há multiplicidade de doenças, e, portanto, consumo de maior número de medicamentos que interferem na digestão, na absorção e no metabolismo de nutrientes, o que contribui para agravar o estado de saúde.

Do ponto de vista da medicina, a noção de envelhecimento satisfatório consiste na otimização da expectativa de vida e na minimização da morbidade física, psicológica e social. Isto é, as pessoas poderão viver saudáveis, com qualidade de vida dependendo de fatores econômicos e sociais que determinam as condições de saúde e os estilos de vida.

Segundo Neri (1993, p.1),“a percepção de qualidade de vida através de um largo espectro de domínios, tais como satisfação financeira e satisfação com a saúde, afeta as pessoas felizes, porque elas tendem a construir suas situações de

vida de forma mais positiva e são capazes de obter bons resultados em suas relações interpessoais.”

### 2.2.3 Motivação

Um dos impulsos que mantêm as pessoas em ação é a motivação (Moragas, 1981, p. 80). A intensidade da motivação está relacionada com a probabilidade de serem atingidos os objetivos a que uma pessoa se propuser. É por meio da ação que ela inclui suas atividades em seu dia-a-dia, seja qual for sua idade, explora e domina a si própria e ao mundo que a cerca (Ferrari, 1999, p. 198).

Quando a pessoa sente-se importante e participativa nas suas decisões, sente-se em liberdade. A pessoa planeja seu dia, se inter-relaciona e tem equilíbrio emocional, deixa de lado a vida sedentária e a procura algo que lhe dê prazer, que a faça sentir-se importante e que faça sorrir; sorrir é o melhor remédio e interfere no funcionamento do corpo (Blumberg & Couris 1999, p. 342). Entretanto, a motivação depende muito de características comportamentais, da personalidade, da auto-estima, das experiências de vida, dos sonhos e de saber utilizar seus conhecimentos para as tomadas de decisões (Ramos, 1996, p. 3).

Quando a motivação diminui, o entusiasmo também tende a diminuir. Poucos idosos têm entusiasmo, mas aqueles que têm o privilégio de desfrutá-lo são jovens de espírito e retardarão a velhice (Nascimento, 1997, p. 66), pois as pessoas precisam de algo que realmente as impulsionem a continuar a ter vontade de poder, vontade de prazer, vontade de sentir, razão para ser feliz e para dar sentido à vida. O entusiasmo revitaliza as pessoas, é o combustível que as move. Sabe-se

que quando a pessoa sente-se em paz, feliz, consegue manter em plenitude a satisfação de vida e aproximar a auto-imagem ideal e real de acordo com as condições reais, para ter maior capacidade de controlar as emoções (Doll, 1998, p. 109). Esse confronto com a realidade faz a pessoa encontrar o equilíbrio psicológico e físico, ensina-a a se valorizar, a melhorar sua imagem, sua integração social e seu estado de saúde (Alaphilippe & Bailly, 1997, p. 355).

Uma vez encontrado o equilíbrio, ou seja, uma adaptação geral com a saúde, no plano individual e social, esse estado repercutirá como uma das estratégias para conservar a auto-estima. Isto porque a adaptação é a capacidade desenvolvida individualmente ou com a ajuda de outras pessoas de se ajustar às diversas situações e limitações negativas ao bem-estar (Silva, 1999, p.28). O bem-estar é mais abrangente, implica um conjunto de fatores, tais como: físicos, emocionais, mentais, espirituais, sociais ou culturais e o estilo de vida de um indivíduo. Quando a pessoa está apoiada numa visão positiva, ocorrerão novas buscas para seu bem-estar.

Wisniewski (2001, p. 159) mostra que pessoas que adquiriram hábitos novos por meio de exercícios físicos e atividades sociais melhoraram sua auto-estima e auto-imagem.

A auto-estima e a auto-imagem fazem parte do autoconhecimento. Quando a auto-imagem encontra-se em equilíbrio, é possível ver com outros olhos o próprio corpo, e isso estimula a vitalidade, dá prazer, dá alegria, e, portanto, torna os idosos mais capacitados a perceberem seu espaço social para delimitá-lo de acordo com suas necessidades. Esta auto-imagem inclui cuidados com a estética, sua valorização pessoal, sua beleza que exerce sobre as pessoas o domínio do en-

cantamento, da vitalidade, da alegria que inclui também sua aparência física como o seu peso. O peso é inevitavelmente vinculado à auto-imagem (Deepack Chopra, 1999, p. 239).

#### 2.2.4 Atividade Física

A atividade física é definida como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética, portanto voluntária, que resulte num gasto energético, acima dos níveis de repouso. Inclui desde as AVD (atividades da vida diária) até as atividades esportivas e de lazer como dança, caminhadas, entre outros. Já a aptidão física pode ser definida como a capacidade que um indivíduo possui para realizar atividades físicas (Nahas, 2001, p. 33).

As pessoas foram induzidas a poupar energia muscular, pela praticidade da vida cotidiana, predispondo-se à inatividade física e tornando-se sedentárias. Atualmente, porém, está muito difundida a necessidade de exercitar-se, e tem-se associado a atividade física ao bem-estar, à aptidão física, à saúde e à qualidade de vida em todo o desenvolvimento humano.

“Atividade física e aptidão têm sido associadas ao bem estar, à saúde e à qualidade de vida das pessoas em todas as faixas etárias, principalmente na meia idade e na velhice, quando os riscos potenciais da inatividade se materializam, levando a perda precoce de vidas e de muitos anos de vida útil”. (Nahas, 2000, p.23)

Em todas as idades, a atividade física tem importante relação com a saúde e prevenção de doenças. A atividade física associada à velhice eleva os benefícios

circulatórios, reduz o peso corpóreo, melhora a função pulmonar, o equilíbrio e a flexibilidade.

São vários os estudos que mostram que, por meio da atividade física, pode-se verificar um aperfeiçoamento da mobilidade, do equilíbrio e da flexibilidade, melhorando a autonomia e conseqüentemente, aumentando os níveis de auto-estima e auto-imagem em idosos (Pasquali, 2001, p.165).

A atividade física relacionada com a nutrição, por exemplo, pode equilibrar o consumo de cálcio e outros minerais melhorando a densidade mineral óssea e perda de massa óssea. A ingestão de maior do volume de líquidos ajusta o equilíbrio eletrolítico e melhora o estado funcional.

Em mulheres, principalmente, com a inclusão diária de atividades físicas, a massa gordurosa se distribui de maneira mais homogênea, pelo gasto de energia dispensado, podendo interferir na auto-estima feminina melhorando a qualidade de vida. A atividade física tende a ser dependente de vontade, de desejos e, principalmente, de motivação contribuindo para a boa saúde mental e física (Azevedo, 1998, p. 21). Essa motivação é conseqüência da elevação dos neurotransmissores (mensageiros químicos) liberados por meio da atividade física durante os exercícios, servindo como uma descarga de agressividade, pela liberação de endorfinas (hormônios) pelo sistema nervoso central, melhorando o humor e deixando o indivíduo mais tranqüilo. Estudos mostram que essa descarga de agressividade e de adaptação à nova fase, em atividades de lazer, divertimento e desobrigações (dançar, cantar, etc.), também ajudam na auto-aceitação (Do Prado, 2001, p.76). Ao contrário, ou seja, na inatividade, o corpo perde o vigor e a força declina, de acordo com Burini (2000), a inatividade eleva-se grandemente a partir dos



vinte anos; desta forma o envelhecimento é acompanhado pela inatividade física, ocasionando aumento de peso e, em consequência, atrofia muscular.

Na velhice, a atividade física mantém e melhora a densidade mineral óssea e previne a perda de massa óssea, a resistência física aumenta, melhora os benefícios circulatórios e respiratórios, aumenta a eficiência da ventilação pulmonar, encarregada de trazer oxigênio para o interior do organismo, aumentando a eficiência do coração e significa melhora da qualidade de vida (Chernoff, 1999, p. 366). Conclui Azevedo (1998, p.48) que a atividade física realizada com regularidade é uma das principais bases para a manutenção da saúde em qualquer idade, junto à correta alimentação e ao estado emocional equilibrado.

Segundo Nahas (2001, p.146) “as intervenções que mais afetam a qualidade de vida no envelhecimento estão centradas na eliminação do fumo, no aumento da atividade física habitual e na melhora dos padrões nutricionais. Há, também, evidências de que as intervenções múltiplas direcionadas a mais de um fator parecem ser mais efetivas, particularmente quando se envolvem nutrição e atividade física.”

Os benefícios da atividade física para o envelhecimento saudável estão associados à qualidade de vida, pois com ela aumenta a capacidade de trabalho físico e mental, eleva-se a sensação de bem-estar, tem-se mais entusiasmo para vida, menores gastos com a saúde, menor risco de doenças crônico-degenerativas e mortalidade precoce.

A prescrição de atividade física para pessoas da terceira idade deve ser planejada, individualizada, levando em consideração os resultados de avaliação do quadro físico dos idosos e as morbidades presentes.

Apesar das evidências não serem conclusivas, a frequência semanal e a duração das sessões, propõe-se 3-5 sessões semanais para as pessoas com mais de 60 anos, a duração deve ser mais enfatizada que a intensidade. Atividades em torno de 50% da capacidade máxima individual, com duração de 30-60 minutos são preferíveis a sessões mais curtas e mais intensas (Nahas, 2001, p.153).

Um estudo realizado na Califórnia, em 1980, mostrou que pessoas que mantinham ao menos 6 dos 7 hábitos saudáveis associados à longevidade, tinham 7 (mulheres) a 11 (homens) anos de vida a mais do que aqueles que tinham tais hábitos. Os hábitos estudados foram: café da manhã diariamente completo; 4-5 refeições regulares; controle de peso, ausência do fumo; ausência de álcool, atividade física moderada e sono adequado 7/8 h por noite.

Na terceira idade, ainda que as capacidades fisiológicas e o desempenho de esforço estejam certamente abaixo da dos jovens, o idoso pode mudar com sucesso padrões de comportamento, de alimentação e de atividade, desde que motivado (Frank et al. 1984, p.257). “Todas as partes corporais, se usadas com moderação e exercitadas em tarefas a que estão acostumadas, tornam-se saudáveis e envelhecem mais lentamente; se pouco utilizadas, tornam-se mais sujeitas às doenças e envelhecem rapidamente”. (Hipócrates)

### **3 PARTE PRÁTICA**

Com as informações foi possível conhecer as pessoas da terceira idade em estudo. Para tanto, foi necessário delimitar a população, pois o objetivo era verificar o plano alimentar existente e relacionar com as patologias e a motivação de estar feliz entre as pessoas que praticavam alguma atividade regular e outras que não.

Antes de apresentar e discutir os dados, pretende-se relatar observações coletadas informalmente, relevantes para a compreensão deste estudo.

Durante as entrevistas realizadas, observou-se que no Grupo I (da população do consultório) os idosos mostravam-se despreocupados com a aparência, desprovidos de qualquer adereço, sempre desanimados e, às vezes, até mesmo sem a correta higiene. Já no Grupo II (SESC), as pessoas mostravam-se aparentemente motivadas; elas se encontram semanalmente há muitos anos, tornaram-se amigas, a partir de um propósito comum: divertir-se. Chamou a atenção a maneira de se vestirem, salto alto, fino, sempre maquiadas, com acessórios e perfumadas.

#### **3.1 Montagem do Experimento**

Optou-se pela pesquisa descritiva com a finalidade de observar, registrar e correlacionar as variáveis, trabalhando sobre dados ou fatos colhidos na própria realidade. A montagem do experimento foi realizada com duas amostras de pessoas

da terceira idade, denominadas Grupo I (consultório) e Grupo II (SESC). Iniciou-se no mês de outubro de 2000.

A entrevista foi feita com pessoas do sexo feminino, devido ao número ser sempre superior ao sexo masculino em ambos os locais, da faixa etária entre 60 e 90 anos, independentes físicos,<sup>5</sup> com as pessoas que procuraram o consultório para fazer uma reeducação alimentar, e com pessoas que freqüentam o SESC (Serviço Social do Comércio do Paraná) com os mesmos pré-requisitos.

Após selecionar a amostra do Grupo I (consultório), foi encontrado somente um número de 35 pessoas que poderiam entrar para o estudo de acordo com as limitações estabelecidas. Então, procurou-se para a segunda amostra a mesma quantidade de pessoas Grupo II (SESC).

Pretendeu-se buscar dados de modo organizado, maiores informações sobre esse grupo de pessoas mediante uma entrevista padronizada e por meio de medições, para avaliar os dados antropométricos (peso e altura), determinando o IMC (índice de massa corporal) através do peso/altura<sup>2</sup>. A parte da entrevista foi dividida em quatro aspectos, a saber:

1. perfil socioeconômico — a obtenção dos dados visou conhecer quem são e como vivem esses idosos;
2. saúde — pretendeu conhecer o estado de saúde geral e a regularidade da atividade física que desenvolvem;
3. auto-imagem — visou conhecer o grau de satisfação de si mesmo;

---

<sup>5</sup> Independência física: pessoa que tem autonomia física.

4. Inquérito Alimentar Recordatório 24 horas (indicador dietético) — objetivou identificar seus hábitos alimentares para uma comparação com as normas da RDA.

### **3.2 Procedimento de Coleta de Dados**

A coleta de dados foi efetivada por meio da entrevista, ou seja, a partir da qual se pode estudar a relação que a entrevistada estabelece com o mundo vivido, atribuindo-lhe sentidos, sensações que expressam através do discurso (Gomes, 1997). Sabe-se que a realidade do processo de envelhecimento assume proporções e formas muitas vezes diferenciadas daquilo que a ciência é capaz de alcançar.

Com o Grupo I, iniciou-se pela coleta dos dados antropométricos, utilizando uma balança de marca Filizola calibrada, e a entrevista foi feita no consultório, durante 60 minutos. Um mês depois, o paciente dessa amostra voltou ao consultório para as avaliações. As dificuldades com este grupo foram maiores, pois muitos estavam na clínica contrariados, devido ao estado de saúde já entravam desanimados, e em função destas condições sempre estavam acompanhados, dificultando a entrevista.

Com o Grupo II, a escolha da unidade do SESC, localizada no bairro Água Verde (Curitiba), deu-se em função da freqüência constante dos candidatos, que são atraídos, principalmente, pelo som ao vivo.

Para a coleta de dados com o Grupo II (SESC) seguiram-se estes procedimentos: primeiramente conheceu-se a população pretendida e obteve-se a autorização do SESC para a entrevista; em seguida, realizou-se um levantamento nos

arquivos das pessoas cadastradas no SESC e foram detectadas as características que poderiam implicar mudanças nos itens dos instrumentos de coleta, como renda e idade.

Uma vez adequada a realidade ao questionário, passou-se a observar o comportamento dos idosos e a frequência deles nos encontros dançantes. Na seqüência, montou-se a estratégia para efetivar a entrevista. Assim, num próximo encontro, a psicóloga que responde por aquela unidade do SESC apresentou o autor durante a reunião dançante e explicou que em datas posteriores o mesmo faria um trabalho científico e precisaria da ajuda voluntária dos participantes do sexo feminino. Esse trabalho constaria de uma entrevista e coleta de outras informações, tais como o peso e a altura, que o próprio pesquisador faria.

Dessa forma, iniciou-se o trabalho. As primeiras pessoas a se aproximarem do autor pareciam desconfiadas e o questionava. “Por que você quer nos estudar?” E o autor respondia. “Quero ser como vocês no futuro” (risos). Então, a partir desta resposta as pessoas se candidatavam. Eram feitas em média cinco entrevistas diárias, com duração aproximadamente de 60 minutos. Nesse mesmo dia era feita a medição antropométrica (peso e altura), utilizando uma balança de marca Filizola calibrada, para avaliar o IMC (índice de massa corporal), e conhecer o estado nutricional (abaixo do peso, desejável, sobre peso, obesidade leve, obesidade moderada, obesidade mórbida).

As entrevistas foram feitas individualmente. O autor ia até o local do encontro dançante e ficava numa mesa com o candidato para entrevistá-lo. Terminada a entrevista, os dois se dirigiam ao banheiro para a coleta dos dados antropométricos; a pessoa avaliada retirava os sapatos, excesso de roupa e acessórios.

## **4 RESULTADOS**

Neste capítulo, estão descritos os resultados estatísticos do Grupo I (consultório) e o Grupo II (SESC) de 35 pessoas do sexo feminino.

### **4.1 Perfil Socioeconômico**

O estudo do perfil socioeconômico das amostras refere-se a: idade, estado civil, escolaridade, filhos, renda mensal e residência (anexo 8.2).

No perfil socioeconômico, destaca-se que 100% da amostra dos dois Grupos (Grupo I e Grupo II) possuem filhos e residem em casa própria. Ambos os Grupos estão situados, em média, na faixa etária de 68 a 70,9 anos. Quanto à escolaridade no Grupo I, 42,9% dos pacientes concluíram o 2º grau e no Grupo II, 57,1% dos candidatos concluíram o 1º grau.

Para a idade, o estado civil, a renda mensal e quanto a residirem só ou acompanhados, foram constatadas as seguintes significâncias estatísticas (diferença entre os grupos) apresentados na tabela 1.

Tabela 1: Resultado dos testes aplicados na comparação entre os grupos em estudo – Perfil

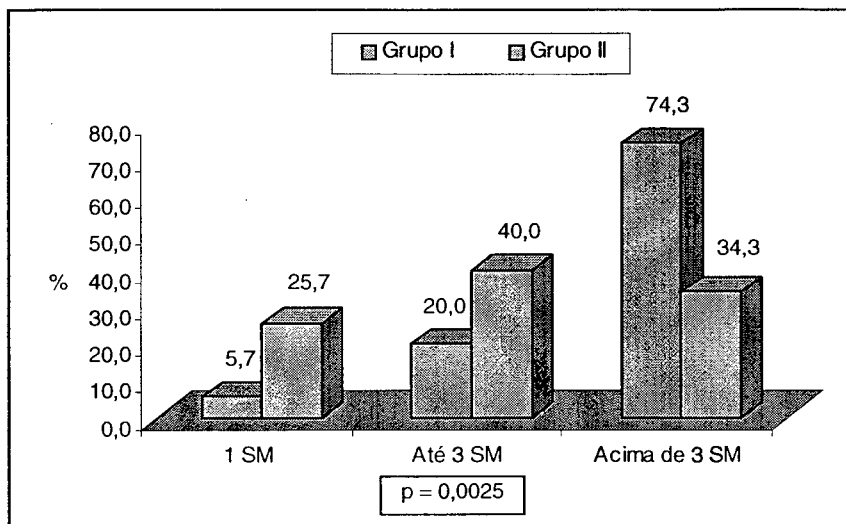
Dados	Grupo I (n = 35)		Grupo II (n = 35)		Total (n = 70)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Idade						
Média ± desvio padrão	70,9 ± 5,7	5,7	68,1 ± 5,8	5,8	69,5 ± 5,9	5,9
Mínima e máxima	60,0 e 82,0		60,0 e 80,0		60,0 e 82,0	
Estado Civil						
▪ Solteiro	02	5,7	02	5,7	04	5,7
▪ Casado	09	25,7	01	2,9	10	14,3
▪ Viúvo	21	60,0	30	85,7	51	72,9
Divorciado	03	8,6	02	5,7	05	7,1
Escolaridade						
▪ 1º Grau	14	40,0	20	57,1	34	48,6
▪ 2º Grau	15	42,9	12	34,3	27	38,6
▪ 3º Grau	06	17,1	03	8,6	09	12,8
Tem filhos	32	91,4	35	100,0	67	95,7
Renda (salário mínimo)						
▪ Um	02	5,7	09	25,7	11	15,7
▪ Até três	07	20,0	14	40,0	21	30,0
▪ Acima de três	26	74,3	12	34,3	38	54,3
tem casa própria	31	88,6	33	94,3	64	91,4
Reside						
▪ Só	02	5,7	13	37,1	15	21,4
▪ Acompanhado	33	94,3	22	62,9	55	78,6

NOTA: Grupo I = Pacientes de Consultório; Grupo II = Pacientes do SESC.

Quanto ao nível de renda, a Figura 1 demonstra que 74,3% do Grupo I possui renda acima de três salários mínimos e do Grupo II, 40% possui até 3 salários mínimos (figura 1).



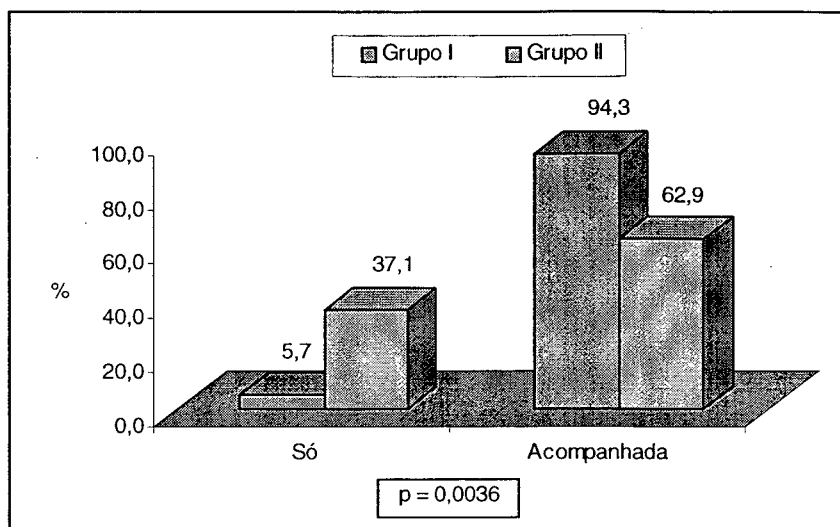
Figura 1: Distribuição percentual da renda dos entrevistados, por grupo de estudo



FONTE: Anexo 8.2

Também foi possível observar que 94,3% do Grupo I reside acompanhado, enquanto somente 63% do Grupo II vive acompanhado (figura 2).

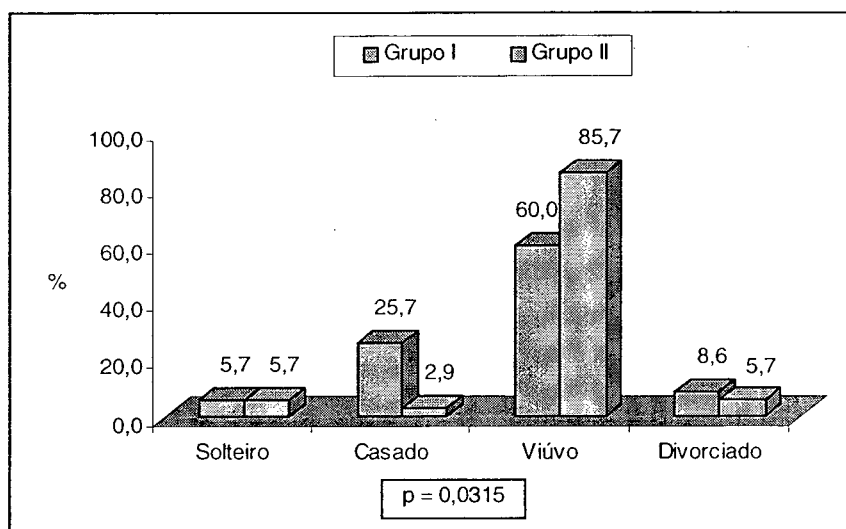
Figura 2: Como residem os entrevistados, por grupo de estudo



FONTE: Anexo 8.2

No Grupo I, 60% dos pacientes são viúvos e 25,7% casados, enquanto no Grupo II a maioria é viúva (85,7%) (figura 3).

Figura 3: Estado civil dos entrevistados, por grupo de estudo



FONTE: Anexo 8.2

Quanto ao perfil socioeconômico, os resultados mais evidentes levam a concluir que o Grupo II tem menor poder aquisitivo, menor instrução e vivem menos acompanhadas.

## 4.2 Saúde

Indagados se pacientes (Grupo I) e candidatos (Grupo II) fumam ou ingerem bebida alcoólica (anexo 8.3), constatou-se que 100% das amostras não possuem vícios.

Quanto às deficiências dentárias, 74,3% do Grupo I e 60% do Grupo II dizem usar prótese dentária.

Ambos os grupos não ingerem suplementação vitamínica, não relatam problemas intestinais ou gástricos.

No Grupo I, 85% dos pacientes ingerem algum tipo de medicação e no Grupo II, somente 42,9% dos candidatos ingerem alguma medicação. Pela avaliação antropométrica realizada, foi possível verificar que o Grupo II apresenta menor peso corpóreo, ficando com uma média de 63,3 kg, enquanto no Grupo I a média é de 70,1 kg (tabela 2).

Tabela 2: Estatística descritiva dos dados referentes à saúde dos entrevistados

Dados	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Mediana
<b>GRUPO I</b>					
• Peso	70,1	9,5	54,0	88,0	-
• Altura	160,7	3,9	152,0	170,0	-
• IMC	27,2	3,7	19,7	33,6	-
• Freqüência ao SESC	-	-	-	-	-
<b>GRUPO II</b>					
• Peso	63,3	10,3	43,0	85,0	-
• Altura	160,7	4,9	150,0	170,0	-
• IMC	24,5	3,8	18,4	33,6	-
• Freqüência ao SESC (n=33)	7,5	<sup>(1)</sup> 3,1	1,0	12,0	8,0
<b>TOTAL GERAL</b>					
• Peso	66,7	10,4	43,0	88,0	-
• Altura	160,7	4,4	150,0	170,0	-
• IMC	25,9	3,9	18,4	33,6	-
• Freqüência ao SESC (n=33)	7,5	<sup>(1)</sup> 3,1	1,0	12,0	8,0

NOTA: Grupo I = Pacientes de Consultório; Grupo II = Pacientes do SESC.

(1) Desvio padrão muito elevado, recomenda-se utilizar a mediana.

Na comparação entre os grupos em relação à saúde do entrevistado, foram constatadas as seguintes significâncias (tabela 3).

Tabela 3: Resultado dos testes aplicados na comparação entre os grupos em estudo – saúde

Dados	Resultado do teste	Teste Aplicado	Valor Tabela	Significância
Atividade Física	40,76	Qui-Quadrado	$p < 0,00001$	S
Tem Alguma Doença	9,80	“	$p = 0,0017$	S
Remédios	12,20	“	$p = 0,0005$	S
Suplementação Vitamínica	-	Fisher	$p = 0,3069$	NS
Laxantes	1,05	Qui-Quadrado	$p = 0,3055$	NS
Tipo de Indisposição	0,00	“	$p = 1,0000$	NS
Deficiência Dentária	1,04	Qui-Quadrado	$p = 0,3087$	NS
Peso	2,866	t de Student	$p = 0,006$	S
Altura	0,000	“	$p = 1,000$	NS
IMC	3,003	t de Student	$p = 0,004$	S

No Grupo I (88,6%) entre os relatos de doenças, as mais recorrentes são 'coração'(38,7%), 'pressão' (25,8%) e 'depressão'(16,1%). Já no Grupo II, 51,4% dos entrevistados apresentam doenças, sendo 'coração'(38,9%), 'pressão' (27,8%), e 'diabete'(16,7%). Vale registrar que nesse Grupo, a depressão tem índice zero.

No Grupo I, 22,9% dos pacientes exercem atividade física (caminhada), enquanto o Grupo II, 100,0% dos candidatos praticam atividade física (dança regular).

### 4.3 Auto-Imagem

Dos pacientes do Grupo I, 17,1% relatam que ainda trabalham fora de casa e 20% exercem alguma atividade no lar, enquanto no Grupo II, 42,9% os candidatos ainda trabalham fora e 57,1% exercem alguma atividade no lar como cozinhar, lavar e passar.

Nesta questão, todos os itens mostraram diferenças estatisticamente significantes (tabela 4). À pergunta "Qual a idade que você se dá?", No Grupo I, 97,1% diz ter 60,1 anos, enquanto no Grupo II 97,1% diz ter 51,8 anos (anexo 8.4).

No Grupo I, 34,3% dos pacientes responderam sentir-se velhas. No Grupo II apenas 5,7% dos candidatos sentem a mesma coisa.

No Grupo I, 71,4% sentem-se satisfeitos enquanto no grupo II 94,9% sentem-se satisfeitos. 'Ser velho' para o Grupo I corresponde a estar doente (23,6%) e "ficar estático" (20,6%). No Grupo II, corresponde ser inútil (25%), ficar estático (15,6) e a ser pessimista (15,6%).

Tabela 4: Resultado dos testes aplicados na comparação entre os grupos em estudo – auto-imagem.

Dados	Resultado do teste	Teste aplicado	Valor tabelado	Significância
Idade que você se dá	2,421	t de Student	p = 0,018	S
Sente-se Velho	7,23	Qui-Quadrado	p = 0,0072	S
Satisfeito com a Vida	4,93	"	p = 0,0264	S
Trabalha	4,35	"	p = 0,0369	S
Exerce Alguma Atividade	8,68	Qui-Quadrado	p = 0,0032	S

Os dados indicam que o Grupo II apresenta idosas mais jovens e satisfeitas.

#### 4.4 Inquérito Alimentar

Os resultados dos testes referentes à alimentação são mostrados no anexo 8.5.

A avaliação nutricional mostra (tabela 5) que 74% do Grupo I mudou sua alimentação nos últimos dez anos. Já no Grupo II esse percentual atinge apenas 42,9%.

No Grupo I, 54,3% dos pacientes fazem quatro refeições diárias e 48,6% no Grupo II fazem três refeições diárias.

Em relação ao consumo de água, 2,9% do Grupo I e 31,4% do Grupo II ingerem a quantidade recomendada pela RDA (mais de 1,2 litros/dia).

Verificou-se também que a média do VET (valor calórico total) mostrou diferença mínima, 1280 Kcal / dia e 1228 Kcal / d, respectivamente Grupo I e Grupo II.

O consumo de proteína, lipídios e glicídios não apresentou diferenças nos Grupos.

Tabela 5: Resultado dos testes aplicados na comparação entre os grupos em estudo - alimentação

Dados	Resultado do teste	Teste aplicado	Valor tabelado	Significância
Mudou a Alimentação	5,89	Qui-Quadrado	p = 0,0153	S
Número de Refeições / Dia	0,91	"	p = 0,3390	NS
Consumo de Água / Dia	6,80	Qui-Quadrado	p = 0,0091	S
VET	1,198	t de Student	p = 0,235	NS
Proteína	- 0,924	"	p = 0,359	NS
Lipídios	- 0,503	"	p = 0,616	NS
Glicídios	1,299	t de Student	p = 0,198	NS

Na variável inquérito alimentar, os dados levam a concluir que o Grupo II ingere mais água.

## 4.5 Cruzamento

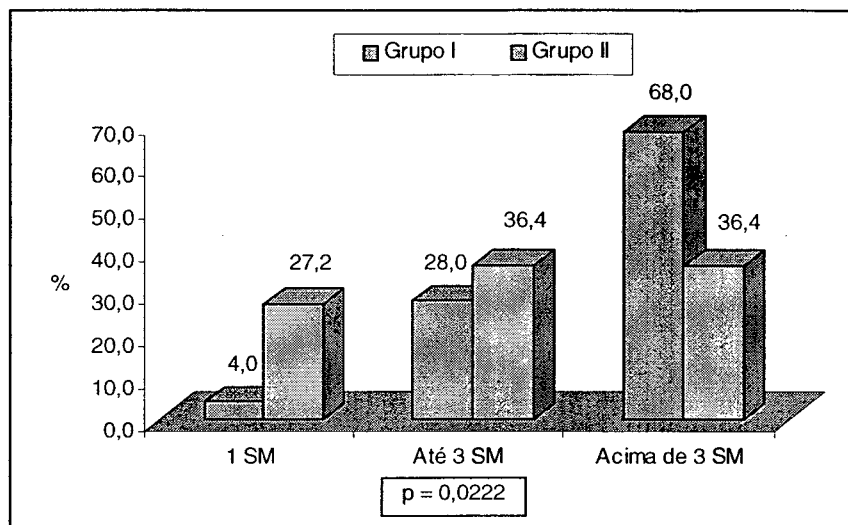
### 4.5.1 Relação entre Perfil e Auto-Imagem

No Grupo I, 71% dos pacientes estão satisfeitos com a vida; destes, 68% ganham acima de três salários mínimos. Já no Grupo II, 94% dos candidatos estão satisfeitos com a vida e destes somente 36,4% ganham acima de três salários mínimos (figura 4).

No Grupo I dos 71% que estão satisfeitos com a vida 24% concluíram o 3º grau. No Grupo II, dos 94% satisfeitos com a vida, apenas 9% concluíram o 3º grau (anexo 8.6).

Os dados podem levar a concluir que o poder aquisitivo não interfere na satisfação de vida.

Figura 4: Renda (71%) dos entrevistados que se sentem satisfeitos com a vida, por grupo de estudo.



FONTE: Tabela 6

#### 4.5.2 Relação IMC versus Patologias

No Grupo I, dos 31,4% com IMC normal, 90,9% relataram ter alguma patologia principalmente, depressão (40,0%) e coração (30,0%). No Grupo II, dos 65,7% com IMC normal, 47,8% relatam ter alguma patologia, coração (36,4%), pressão (27,2%). No Grupo I verifica-se o IMC alterado em 68,6% dos pacientes. No Grupo II, em 34,3% (anexo 8.9).

Na comparação entre os Grupos, o índice de massa corporal com a patologia foram observadas as seguintes estatísticas para o Grupo I (consultório).



Tabela 6: Distribuição dos índices de massa corporal e das doenças nos Grupos I e II.

itens	grupo I (n = 35)		grupo II (n = 35)		total (n = 70)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
IMC						
Normal (Até 25,0)	11	31,4	23	65,7	34	48,6
Alterado (Acima de 25,0)	24	68,6	12	34,3	36	51,4
IMC NORMAL	10 / 11	90,9	11 / 23	47,8	21 / 34	61,8
• Diabete	01	10,0	02	18,2	03	14,3
• Coração	03	30,0	04	36,4	07	33,3
• Pressão	02	20,0	03	27,2	05	23,8
• Câncer	-	-	01	9,1	01	4,8
• Artrose	02	20,0	01	9,1	03	14,3
• Depressão	04	40,0	-	-	04	19,0
• Total de AF	12	1,2 / entr	11	1,0 / entr	23	1,1 / entr
IMC ALTERADO	21 / 24	87,5	07 / 12	58,3	28 / 36	77,8
• Diabete	01	4,8	01	14,3	02	7,1
• Coração	09	42,9	03	42,9	12	42,9
• Pressão	06	28,6	02	28,5	08	28,6
• Câncer	01	4,8	-	-	01	3,6
• Artrose	02	9,5	01	14,3	03	10,7
• Depressão	01	4,8	-	-	01	3,6
• Úlcera	01	4,8	-	-	01	3,6
• Esofagia	01	4,8	-	-	01	3,6
• Total de AF	22	1,0 / entr	07	1,0 / entr	29	1,0 / entr

NOTA: Grupo I = Pacientes de Consultório; Grupo II = Pacientes do SESC.

IMC →  $\chi^2_{\text{calc}} = 6,92$  e  $p = 0,0085$ ; IMC Normal →  $z = 2,042$  e  $p = 0,041$ ; IMC Alterado →  $z = 1,561$  e  $p = 0,119$ .

#### 4.5.3 Relação Patologia versus Atividade Física

No Grupo I, 92% dos pacientes não fazem atividade física e apresentam alguma patologia. No Grupo II, dos 100% que fazem atividade física, 51,5% apresentam alguma patologia.

Na comparação entre os Grupos, da patologia com a atividade física, foram observada que os pacientes do Grupo II (SESC) são que os mais praticam atividade física, independente de ter alguma doença ou não.

#### 4.5.4 Relação Auto-Imagem, Atividade Física, Nutrição e Patologias

Observou-se que 71% dos pacientes do Grupo I sentem-se satisfeitos com a vida; destes 16% fazem atividade física, 92% referem alguma patologia e 68,6% estão com o IMC alterado. Já no Grupo II, 94% estão satisfeitos com a vida; destes 100% fazem atividade física, 51,5% estão com alguma patologia e 34,3% estão com o IMC alterado.

De acordo com os dados pode-se concluir a satisfação de vida está diretamente relacionada à atividade física, o que por sua vez diminui a presença de patologia.

Tabela 7: Distribuição dos resultados dos testes aplicados nos dados dos entrevistados que se sentem satisfeitos com a vida

Dados	Resultado do teste	Teste aplicado	Valor tabelado	Significância
Escolaridade	4,46	Qui-Quadrado	p = 0,1074	NS
Tem Filhos	-	Fisher	p = 0,1815	NS
Renda	7,62	Qui-Quadrado	p = 0,0222	S
Tem Casa Própria	-	Fisher	p = 0,3677	NS
Atividade Física	39,89	Qui-Quadrado	p < 0,00001	S
Tem Alguma Doença	9,08	"	p = 0,0026	S
Idade que você se dá	0,867	t de Student	p = 0,390	NS
Sente-se Velho	-	Fisher	p = 0,2087	NS
Exerce Alguma Atividade	7,98	Qui-Quadrado	p = 0,0047	S
Consumo de Água / Dia	10,94	"	p = 0,0121	S
VET	0,562	t de Student	p = 0,576	NS
Proteína	- 0,269	"	p = 0,789	NS
Lipídios	- 0,339	"	p = 0,736	NS
Glicídios	0,733	t de Student	p = 0,466	NS

## 5 DISCUSSÃO

O trabalho consistiu na verificação da relação entre atividade física, nutrição, a motivação e as patologias como fatores que interferem no bem-estar na terceira idade.

O estudo foi realizado com uma população específica, ou seja, pacientes que procuraram orientação nutricional no consultório (Grupo I) e pessoas da terceira idade que freqüentam os encontros dançantes do SESC (Grupo II).

Realizou-se a avaliação nutricional com a utilização do IMC (índice de massa corporal). O Grupo II apresentou menor IMC foram encontradas 65,7% das pessoas nutricionalmente saudáveis, ou seja, pessoas com as condições de saúde resultantes do equilíbrio entre o suprimento de nutrientes e o gasto do organismo como mostrou MacLaren (1976). Constata-se com isso que esse Grupo se encontra com menor peso, evidenciando menos problemas com doenças, pois o excesso de peso continua sendo um risco comprovado nas doenças, principalmente doenças do coração e diabete (Deepak Chopra, 1999). No Grupo II, dentre os 65,7% de pessoas saudáveis, encontraram-se 94,3% de pessoas satisfeitas com a vida e 100% delas dedicam-se a atividades físicas. Já no Grupo I, somente 31,4% das pessoas encontram-se com o IMC normal; destas, 71,4% estão satisfeitas com a vida, e 16% dedicam-se a uma atividade física.

Em relação ao peso, no Grupo I há 68,6% das pessoas acima do peso. Mesmo este grupo tendo modificado seus hábitos alimentares nos últimos dez anos, não foi significativo o resultado em relação ao estado nutricional, pois provavelmente

perduram os desvios alimentares (Campos, 2000). Isso deve ocorrer devido ao aumento de gordura e de glicídios na dieta, apesar de não ter sido possível visualizar nitidamente tais desvios nas percentagens lipídicas e glicídicas, como mostra o (anexo 8.3) em relação às patologias. Uma hipótese seria que os idosos, com receio de receberem represálias futuras optaram por relatar pouco ou omitir certos alimentos ingeridos, ou por esquecerem o que ingeriram prescritos também na literatura (Mitchell & Chernoff, 1999).

Em consequência, o Grupo I evidenciou maior número de patologias; portanto, ingerem mais remédios (85,7%) (anexo 8.3). Apresentam doenças principalmente do coração (39,2%) e pressão (30,5%) acarretando possivelmente perda de perspectiva do bem-estar em virtude da deterioração da saúde. O risco cardiovascular em pessoas de terceira idade é maior devido ao aumento de gorduras nas dietas, ao aumento da pressão sangüínea, à presença da obesidade e à diminuição da atividade física (Schenker, 1976, p.37).

De acordo com International Classification of Diseases (ICD), a obesidade é considerada uma patologia com evidências de fatores psicológicos. Um aspecto importante no Grupo I, também foi o número maior de pessoas com depressão (16,1%) sendo que dessas, 100% são obesas (anexo 8.3). Isso pode indicar que o quadro clínico resulta da presença de fatores psicológicos (Faria & Shinohara, 1998). Na terceira idade, observam-se também fatores como a depressão, perda de apetite ou ansiedade e aumento de peso (Campos, 2000).

A atividade física na terceira idade é fundamental tanto para as patologias cardiovasculares, pulmonares, diabete, músculo esqueléticas, como para a manutenção da saúde mental (Azevedo, 1998). Os efeitos decorrentes da atividade física

contribuem para a melhora do sistema circulatório, a redução de peso, o melhor controle da pressão sangüínea, a auto-estima, a qualidade de vida (Nóbrega, 1999). Pode-se observar que no Grupo I a falta de alguma atividade física contribui para o aparecimento de doenças e a diminuição da autonomia da pessoa (Moureiras, 1995). A autonomia ajuda a eliminar barreiras sociais e culturais e fará com que a pessoa tenha uma visão positiva da vida, condição que a predisporá a novas buscas para o seu bem-estar, levando-a mesmo a mudar seu estilo de vida (Godoy, 1997). Este bem-estar pode estar intimamente relacionado com o bem-estar físico e geral da pessoa (Deepak Chopra, 1999), como mostra o Grupo II (anexo 8.4).

Um dado também significativo foi quanto ao consumo maior de líquidos ingeridos pelo Grupo II. Apesar de o idoso perder a sensação de sede, eles ainda têm necessidade de ingerir água para a manutenção metabólica normal (Papaléo, 1997). Percebe-se que este grupo consome mais líquidos devido ao aumento de atividade física (100%) ou ao trabalho fora do lar ou a atividade dentro do lar, onde ocorre o aumento da perspiração, que provoca um aumento no consumo de líquidos para reposição das perdas insensíveis e manutenção da quantidade de solutos necessárias.

Quanto à renda, em ambos os grupos, a renda acima de 3 salários mínimos mostrou-se importante em relação à satisfação de vida. Tal satisfação está em poder exercê-la com liberdade e autonomia financeira, já que a pessoa tem condição e capacidade de ir e vir; mesmo apresentando alguns problemas crônicos de saúde, as pessoas são independentes o suficiente para exercer suas atividades de lazer livremente, por isso tais condições são consideradas essenciais para a

qualidade de vida (Gonçalves, 1999). As pessoas que satisfazem suas necessidades básicas estão mais motivadas para realização de seus potenciais, e de capacidades, de desfrutar a vida de forma equilibrada. O estado civil parece também contribuir para satisfação de vida no Grupo II, constatou-se que 85,7% são viúvos, sendo que desses, 62,9% residem sós, contra 60% viúvos do Grupo I, dos quais 94,3% residem acompanhados. No entanto, o Grupo II mostrou-se mais satisfeito com a vida, ou seja, mais ajustado à velhice do que o Grupo I.

Assim, é preciso levar em consideração que o idoso precisa acreditar em si próprio, redescobrir sua identidade e assumir as alterações inerentes à sua faixa etária, aceitando as perdas que a velhice impõe; deve, ainda, continuar integrando-se ao seu contexto, com condições de produtividade social e de desenvolver novos interesses e oportunidades para seguir aprendendo e experimentando situações novas; afinal, idosos integrados, com possibilidade de lazer e condições de saúde suficiente, revelam uma imagem mais positiva de si próprios (Vitola, 1997).

Deduz-se diante do que foi apresentado que, considerando o universo desta pesquisa, a nutrição e a atividade física influenciam no bem-estar ou seja, na saúde.

## 6 CONCLUSÃO

As reflexões teóricas apresentadas nesta dissertação, bem como a pesquisa de campo, confirmam a hipótese de que o bem-estar não resulta da ausência de patologias, mas sim, da interferência da atividade física, da nutrição e da motivação. Nessa perspectiva, ainda que as patologias interfiram na diminuição do bem-estar na velhice, elas não assumem grande importância para uma vida mais feliz. Nossas entrevistadas mostraram que é possível estar dançando mesmo com problemas cardíacos. Uma velhice digna parece antes construída a partir de relacionamentos sociais e liberdade.

Os resultados obtidos neste estudo não pretendem generalizar tais conclusões. Mas, para os Grupos analisados, o bem-estar se apóia na realização de alguma atividade física, na nutrição e na motivação.

Apesar de o universo da pesquisa ser reduzido, pode-se concluir que as pessoas poderão viver e por mais tempo, se o padrão físico e alimentar for adequado às necessidades individuais de cada período de vida. Isto significa ressaltar a importância de se promover a saúde durante toda a vida, uma vez que o envelhecimento não começa aos 60 anos, mas é o acúmulo e o resultado dos comportamentos produzidos no ambiente social.

Sugere-se, para futuros trabalhos, a complementação deste estudo, com dados bioquímicos (hemoglobina, albumina, colesterol, entre outros), com outros dados antropométricos (circunferência e pregas cutâneas) e uma amostra maior, incluindo o sexo masculino para poder comparar com os elementos já encontrados nesta pesquisa para o sexo feminino.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBA, A. S. Envejecimiento: hacia dónde vamos? **Geriatría y Gerontología**. Espanha, v. 33, n. 3, p. 1998.

ALAPHILIPPE, D., BAILLY, N. Évolution de la représentation de soi chez les personnes âgées. **Psychologie Française**. France, v. 42, n.4, p. 355-364, 1997.

AZEVEDO J. R. **Ficar Jovem leva Tempo**. São Paulo: Saraiva, 1998, p. 17-55.

AZEVEDO J. R. **Ficar Jovem leva Tempo**. São Paulo: Saraiva, 1998, p. 17-55.

BALLONE,G; FERNANDES, F; ROSSI,E; BOOCK,E; ACCORDY,J. **Envelhecimento e Velhice: Uma nova Realidade**. São Paulo: 1981.

BELTRÁN, B. et al. Factores nutricionales y de estilo de vida asociados a la supervivencia de personas de edad avanzada. Estudio SENECA en España. **Geriatría, Gerontología**, v. 34, n. 1, p. 5-11, 1999.

BIRMAM, J. Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise. In: R. Veras(org.) **Terceira Idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro**. Rio de Janeiro. Relume-Dumará. UnATI/UERRJ.(p29-48)1995.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE CURITIBA, Ano IX, n 2. **Perfil de saúde do Idoso em Curitiba**. Curitiba, 1997.

BONIN, L. F. **Indivíduo Cultura e Sociedade**. In: M. da G. Jacques, M. N. Strey, N.M.G. Bernardes, P. A. Guareschi, S.A Carlos & T.M. Fonseca (org.).

\_\_\_\_\_. **Psicologia Social Contemporânea**. p. 58-72, Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes 1998, p.35-53.

BLUMBERG, J. COURIS, R. **Pharmacology, Nutrition and the Elderly: Interaction and Implications**. In: CHERNOFF, R. **Geriatric Nutrition**, 1999, cap. 14. p. 342- 365

BOUR, H. Le Vieillissement: Faits et Hypothèses. **Cahiers de Nutrition et Diététique**. France, p. 13-16, 1989.

BRENNAN, A, BREWI, J. **Meia-Idade e Vida**. São Paulo: Paulinas, 1991. Cap. 6, p. 134-182.

BURINI, R.C. Estilo de Vida Saudável. A fórmula para Longevidade sem Morbidade. **Nutrição em pauta**. São Paulo, n.44,p. 20-21,set./out. 2000.



BUSTAMANTE, A., MENÉNDEZ, C. Uma Ergonomia em Evolucion. **Apostila**. Barcelona, 1996.

CAMPOS M. T. F. S. et al. Fatores que Afetam o Consumo Alimentar e a Nutrição do Idoso. **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 13, n.3, p.157-165, 2000.

CARDOSO, C. E. P **Perfil Clínico e Social do Paciente Hospitalizado**. 102 p. Dissertação de Mestrado, Curitiba, UFSC, 1999.

CASTENÓN-GOMEZ, R. **Gerontologia - La Tercera Edad del Hombre**. Bolívia, Fundação Pró-Vida, 1997, Cap. 1, p. 22-26.

CARPER, J. **Pare de Envelhecer Agora!** São Paulo: Campus, 1997, p. 27.

CIAMPA, A C. Identidade. In: W. Codo & S. Lane (org). **Psicologia Social: o homem em movimento**. Brasiliense: São Paulo, p.58-75, 1984.

CHERNOFF, R. **Geriatric Nutrition**. Maryland, An Aspen Publication, 1999, p.349.

CLEMENTE, E. JECKEL, E. N. **Aspectos biológicos geriátricos do envelhecimento**. Porto Alegre, 1998, p.73-87.

CUÑAT, V. A et al . Estabilidad de las Respuestas de Personas Mayores de 65 años a un Questionario sobre Estilos de Vida. **Rev. Geriatria e Gerontologia**, v. 33, n.5, p. 277-282, 1998.

DASCUPTA, K. Tratamento da Depressão em Pacientes Idosos. **Archives Family Medicine**, v. 5, n. 1, jan/fev, 2001.

DEEPAK CHOPRA, M. D. **Corpo sem Idade, Mente sem Fronteiras**. Rio de Janeiro: Rocco, 1999. p.13-394

DIAS, C. 65 anos em Cada. **Super Abril**. São Paulo, p. 40-46, 1999.

DOLL, J. Saúde Subjetiva e Satisfação de Vida. Um Estudo Comparativo com Pessoas Idosas no Brasil e na Alemanha. **Revista Gerontologia**, v. 6, n.3,

DO PRADO, T., RODRIGUES, A., SILVA, A. A terceira idade da Dança. In: 16 CONGRESSO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, 67., 2001, Foz do Iguaçu. **Anais**. p. 99-110, 1998

ESCOTT-STUMP, S. **Nutrição Relacionada ao Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo, Manoel, 1999, p.29.

FARIA, S. P. SHINOHARA, H. Transtornos Alimentares. **Interação**, Curitiba, Vol. 2, 1998, p.51-73.

FERRARI, M. A. C. Lazer e Ocupação do Tempo Livre na Terceira Idade. In: Papaléo M. N., **Gerontologia**. São Paulo, 1999, Cap. 10, p. 99-104.

FERRARI, M.A. C. O Envelhecer no Brasil: **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.23, n.4, p. 197-203, jul. /ago. 1999.

FERREIRA, A.B.H. **Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

FRANK I.K. McARDLE W. D. **Nutrição, Controle de Peso e Exercício**, Medsi: Rio de Janeiro. 1984:1-329.

GALISA, M.S. PUSTIGLIONE, M. Impacto na Qualidade de Vida de Idosos e custo de Implantação de Programa de Orientação Nutricional. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, ano 22 v.22 n.3 mai./jun.1998.

GODOY, M. F.G. Criatividade: Reconhecendo sua Importância na Velhice. **Gerontologia**, v. 5, n. 3, p. 126-129, 1997.

GOMES, F.A. A. O Velho e a Velhice dos Primeiros Tempos ao início da Era Cristã. **Revista Gerontologia**, v.6, n3, p. 145-152, 1998.

GONÇALVES et al. Qualidade de Vida de Idosos independentes segundo proposta de avaliação de Flanagan. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v.23, n. 4, p. 214-219, 1999.

GOLDIM, J. R. Bioética e Envelhecimento. **Revista Gerontologia**, v. 5, n. 2, p.66-71, 1997.

GUIMARÃES, M.C.T.V. Velhice: perda ou Ganho, **Revista Geriatria e Gerontologia**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 52-59, 1998.

GUIMARÃES, R. M. O que dizer ao paciente que busca tratamento antienvelhecimento? **Geriatria e Gerontologia**. Brasília, v. 1, n. 3, p.117-118, 1997.

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1996.

LLERA, F.G. Salud y envejecimiento. Conceptos básicos. **Geriatria e Gerontologia**. Espanha, v. 30, n. 1, p. 3-10, 1995.

LOUREIRO, A.M. L. **A Velhice, o Tempo e a Morte**. Brasília, UNB, 1998, 18-52.

KUCZMARSKI, M. F. Estado Nutricional de los Adultos de Edad Avanzada, **Gerontologia**, v. 1, n. 1, p. 29-30, 1993.

MAGALHÃES, D.N. **Invenção da Velhice**. Rio de Janeiro: Editora do autor. 1987.

MARDEGAN, E. J. **Homem 40 Graus**: São Paulo: Mercuryo, 1997, p. 33-43.

MARTINS, R.N. Velhos e Moços. Política do Bem-estar Social. **Problemas Brasileiros**. Conselho Técnico de Economia, Sociologia e Política, São Paulo, n.129, p.24, 1974.

MITCHELL, H et al. **Nutrição. Crescimento e Desenvolvimento**. Rio de Janeiro, 1976, Cap. 15, P. 225 – 231.

MICHELON, E. Nutrição e Envelhecimento. In: **Simpósio Sul-Brasileiro de Alimentação e Nutrição**. Florianópolis, SC, Abril 2000.

MITCHELL & CHERNOFF. **Geriatric Nutrition**. Nutritional Assessment of the Elderly. Maryland, 1999, p. 382-415.

MORAGAS, R. M. **Gerontologia Social-Envelhecimento e Qualidade de Vida**. São Paulo: Paulinas, 1981, p. 39-235.

MOREIRAS, O. Alimentación, Nutrición y Salud. **Revista Geriatria e Gerontologia**, Madrid, v. 30, n. 1, p. 37-48, 1995.

MORIGUCHI, Y. SILVEIRA, C. WOLTER, G. Alimentação e Longevidade. **Acta Médico**. Porto Alegre, p.104-114, 1987.

MORIGUCGI et al. Fatores de Longevidade. **Acta Médica**, Porto Alegre, p.-290-303, 1988.

NAHAS, M. V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida**. Midiograf. PR 2001. 238 p.

NAJAS, M. SACHS, A Avaliação Nutricional do Idoso. In: PAPALÉO. **Gerontologia**, p. 242-280, 1999.

NASCIMENTO, J. **Aprenda a curtir seus Anos Dourados**. Rio de Janeiro, Vozes, 1997, p.66-67. NERI, A. L. Atitudes em Relação à Velhice: Evidências de Pesquisas no Brasil. **Gerontologia**, v. 5, n. 3, p. 130-139, 1997.

NERI, A. L. et al. **Qualidade de Vida no Adulto Maduro**. São Paulo: Papyrus, 1993. 1-47.

\_\_\_\_\_. **Nutrição em Pauta**, set/out 2000.

NICOLA, I. P. **Situação da Pessoa Idosa de Classe Média: Um Estudo Descritivo-Interpretativo e Uma Proposta de Aconselhamento** Psico-Pedagógico. Porto Alegre, 157 p. Dissertação de Mestrado, UFRS, 1988.

NÓBREGA, A. C. et al. Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: Atividade

Física e Saúde no Idoso. **Revista Brasileira Med. Esporte**, v.5, n.6, p. 207-211, nov/dez,1999.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 1997. 516p.

PASQUALI, C. I. Benefícios da recreação na busca de melhoria da qualidade de vida a terceira idade. In: 16 CONGRESSO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, 06, 2001, Foz do Iguaçu. **Anais**.

PEIXOTO, C. **De volta as aulas ou de como ser estudante aos 60 anos**. In R. Veras (org) Terceira Idade: Desafios para o Terceiro Milênio. Rio de Janeiro. Re-lume-Dumaré. P.75-102,1997.

PEREZ, R. et al Aportes Realizados com la Ración del Desayuno en las Personas de sessenta y más años residentes en la Vila de Bilbao. Espanha. **Geriatría e Gerontologia**, v. 33, n. 1, p. 31-34, 1998.

PEREIRA, J. Envelhecimento: Um Desafio Multidisciplinar. **Neurobiol**: Recife, v. 6, n. 1, p. 9-16, jan/mar,1998.

PINO, A C. S. **Nociones sobre la Alimentación en la Tercera Edad. Manual dei Auxiliar de Enfermería Geriátics**.Tijola. 1997, cap. 8, p. 58-69.

PONTE, J. R. Aspectos Psicanalíticos do Envelhecimento Normal in: PAPALÉO. **Gerontologia**, cap. 12, 1999, p. 114-120.

PLONER, K. S. **Bolinha não Entra em Clube de Luluzinha: Questões de Gênero em Grupos de Terceira Idade**. Porto Alegre. p. 137. Dissertação de Mestrado, PUCRS, 2000.

PRADO, S., TAVARES, E. **Aspectos Nutricionais, Alimentação Saudável na Terceira Idade**. In: CALDAS, C. A Saúde do Idoso: a Arte de Cuidar. UERJ RJ, p. 157-163, 1998.

RAMOS, R. A Velhice: Um Limite de Percurso: (RE) Valores de Vida. **Unimar Ciências**. São Paulo, v. 5, n.2, p. 57-59,1996.

RAMOS L. R. A Explosão Demográfica da Terceira Idade no Brasil: Uma Questão de Saúde Pública. **Gerontologia**, v. 1, n. 1, p. 3-8, 1993.

RAMOS, L. R. Radicais Livres, Alimentação e suas influências no Processo de Envelhecimento. **Gerontologia**, v. 2, n. 2, p. 87-91, 1994.

RASSI, E.P.M. Indicadores de Saúde em Idosos: O Papel da Unidade Básica de Saúde. **Gerontologia**, v. 2, n. 2, p. 75-81, 1994.

ROSSI, E. A **Medicina Clínica na 3.a Idade**. In: BALLONE et al Envelhecimento e Velhice: Uma nova Realidade, São Paulo, 1981, p. 33-53.

ROVIRA, F. et al. Estado de Salud y Calidad de Vida de un Colectivo de Ancianos Institucionalizados. Espanha. **Geriatría e Gerontología**, v. 34, n. 1, p. 25-33, 1999.

SALVÁ, A et al. Hábitos Dietéticos en una Población de Personas Mayores que Viven en la Comunidad. Espanha. **Geriatría e Gerontología**, v. 33, n. 1, p. 31-34, 1998.

SIBAR et al. Programa Botucatu Ano 2000. Desenvolvimento com Qualidade de Vida "O Idoso". **Revista Gerontologia**, São Paulo, v. 3, n.1, p.41-51,1995.

SIMÕES, R. Corporeidade e Terceira Idade. Piracicaba, UNIMEP, 1994. SILVA, M. J ,VARELA Z.M.V. O Conceito de Adaptação na Terceira Idade: uma aproximação teórica. **Revista Geriatría e Gerontología**, Rio de Janeiro, v.3, n.1 p. 25-29,1999.

SILVA, M. J. VARELA Z.M.V. O Conceito de Adaptação na Terceira Idade: uma aproximação teórica. **Revista Geriatría e Gerontología**, Rio de Janeiro, v.3, n.1 p. 25-29,1999.

SCHLENKER, E. Nutrición en el Envejecimiento. Virginia: Mosby. 2 ed. cap. 2, 1976, p. 44.

SNOWMAN, M. K. Nutrição para Pessoas Idosas. In: PAPALÉO. **Gerontologia**, 1999, Cap. 20, p. 313-326.

SUCCESSO, Edina. **Trabalho e Qualidade de Vida**. . Rio de Janeiro: Dunya, 1998. 177p.

SUZUKI, M. **Japanese Centenarians**. In: SATO T. e WATANABE T. Nutritional Status and Its Effects. Japan : Hisashi TAUCHI, 1999, p. 116-131.

SOUZA,J.R. et al. Prevenção em Geriatria. Porto Alegre. **Acta Médica**: Porto Alegre, p. 508-514, 1996.

TORRES, R. et al. Envejecimiento y enfermedad: implicaciones del crecimiento en las manifestaciones metabólicas más relevantes del envejecimiento. Espanha.

WINIEWSKI,T.A importância da Caminhada para a Manutenção da saúde e Melhoria da Qualidade de Vida para a Terceira Idade. In: 16 CONGRESSO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, 06, 2001, Foz do Iguaçu. **Anais**.

ULSON, G. **Ser homem nos dias atuais**. In: W. Boechat (org.). **O masculino em questão**. Rio de Janeiro: Vozes, p.72-80,1997.

VASCONCELOS,F.A.G. **Avaliação nutricional de coletividade**. UFSC. Florianópolis, 1993,159 p.

VITOLA, J.O C. **Terceira Idade: Tendências Atualizantes e Sentido de Vida.. Porto Alegre**. 141 p. Dissertação de Mestrado, 1997.

ZIMMER, L. P. Fatores de Risco para Cardiopatia Isquêmica na Infância: Quando inicia a Prevenção. **Revista da Sociedade de Cardiologia do RS**. Ano ix n.1 jan./ fev. 2000.

## 8 ANEXOS

### 8.1 Entrevista

#### I. Perfil Socioeconômico

Nome (iniciais):

sexo:

Cidade de nascimento:

nacionalidade:

P1 Data de nascimento (dia/mês/ano):

P2 Estado civil: ( ) casado ( ) viúvo ( ) solteiro ( ) divorciado

P3 Nível escolar: ( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau

P4 Filhos: ( ) sim ( ) não

P5 Sua renda: ( ) 1 salário mínimo ( ) até 3 salários mínimos

( ) acima 3 salários

P6 Tem casa própria: ( ) sim ( ) não

P7 Reside ( ) só ( ) acompanhado

P8 Trabalha fora ( ) sim ( ) não

P9 Exerce alguma atividade qual \_\_\_\_\_

#### II. Saúde

P10 Peso: P11 altura: IMC:

P12 Atividade física (A F) ( ) caminhar ( ) dançar ( ) outra

P13 Quantidade AF por semana ( ) 1x ( ) 2x ( ) 3x ( ) 4x ( ) 5x

P14 Quanto tempo freqüenta SESC \_\_\_\_\_

P15 Tem vício ( ) fumo qtide/d: \_\_\_\_\_ ( ) álcool qtide/d \_\_\_\_\_ qual \_\_\_\_\_

P16 Você tem alguma doença: ( ) diabete ( ) coração ( ) pressão

( ) câncer outras: \_\_\_\_\_

P17 Toma remédios? ( ) sim ( ) não qual \_\_\_\_\_

P18 Toma suplementação vitamínica ( ) sim ( ) não qual \_\_\_\_\_

P19 Toma laxante? ( ) sim ( ) não qual \_\_\_\_\_

P20 Você tem: ( ) Azia ( ) má digestão ( ) náusea ( ) diarreia

P21 Tem deficiência dentária (prótese): ( ) sim ( ) não

### III- Auto-imagem

P22 Qual a idade que você se dá? \_\_\_\_\_

P23 Sente-se velho? ( ) sim ( ) não porque? \_\_\_\_\_

P24 O que é ser velho? \_\_\_\_\_

P25 Sente-se satisfeita(o) com a vida? ( ) Sim ( ) não

### IV- Inquérito Recordatório Alimentar 24 horas

P26 Mudou sua alimentação nos últimos 10 anos? ( ) sim ( ) não

P27 Números de refeições por dia: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5

Alimento	Qtde. (g/ml/d) ou medida caseira	Cal	Alimento	Qtde (g/ml/d) ou medida caseira	Cal
Suco	<b>P28</b>		suíno		
Leite		boi			
Água		ovos			
Álcool		massa			
Refrigerante		biscoito			
Fruta		pão			
Verdura		arroz			
Açúcar		feijão			
Guloseimas		soja			
Ave		fritura			
Peixe		enlatado			

P29VET: \_\_\_\_\_ P30Proteína: \_\_\_\_\_ P31 Lipídios: \_\_\_\_\_ P32Glicídios \_\_\_\_\_



## 8.2 Dados Referentes ao Perfil dos Entrevistados

Dados	Resultado do teste	Teste aplicado	Valor tabelado	Significância
Idade	2,065	t de Student	$p = 0,043$	S
Estado Civil	4,62	Qui-Quadrado	$p = 0,0315$	S
Escolaridade	2,39	"	$p = 0,3024$	NS
Tem Filhos	-	Fisher	$p = 0,1196$	NS
Renda	11,95	Qui-Quadrado	$p = 0,0025$	S
Casa própria	-	Fisher	$p = 0,3366$	NS
Reside s/n	8,48	Qui-Quadrado	$p = 0,0036$	S

### 8.3 Dados Referentes à Saúde dos Entrevistados

Dados	Grupo I (n = 35)		Grupo II (n = 35)		Total (n = 70)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Atividade Física (af)	08	22,9	35	100,0	43	61,4
• Caminhar	08	100,0	10	28,6	18	41,9
• Dançar	-	-	34	97,1	34	79,1
• Outra	-	-	12	34,3	12	27,9
• Total de AF	08	1,0 / entr	56	1,6 / entr	64	1,5 / entr
Quantidade de af (Semana)	08	22,9	35	100,0	43	61,4
• Uma	02	25,0	08	22,9	10	23,3
• Duas	04	50,0	06	17,1	10	23,3
• Três	02	25,0	08	22,9	10	23,3
• Quatro	-	-	10	28,6	10	23,2
• Cinco	-	-	03	8,5	03	6,9
Tem vício	-	-	01	2,9	01	1,4
• Álcool	-	-	01	100,0	01	100,0
Tem alguma doença	31	88,6	18	51,4	49	70,0
• Diabete	02	6,5	03	16,7	05	10,2
• Coração	12	38,7	07	38,9	19	38,8
• Pressão	08	25,8	05	27,8	13	26,5
• Câncer	01	3,2	01	5,6	02	4,1
• Artrose	04	12,9	02	11,1	06	12,2
• Depressão	05	16,1	-	-	05	10,2
• Úlcera	01	3,2	-	-	01	2,0
• Esofagia	01	3,2	-	-	01	2,0
• Total de AF	34	1,1 / entr	18	1,0 / entr	52	1,1 / entr
Toma remédios	30	85,7	15	42,9	45	64,3
Toma suplementação vitamínica	01	2,9	03	8,6	04	5,7
Toma laxantes	07	20,0	03	8,6	10	14,3
Tipo de indisposição	08	22,9	09	25,7	17	24,3
• Azia	07	87,5	09	100,0	16	94,1
• Má Digestão	02	25,0	-	-	02	11,8
• Total de AF	09	1,1 / entr	09	1,0 / entr	18	1,1 / entr
Tem deficiência dentária (Prótese)	26	74,3	21	60,0	47	67,1

NOTA: Grupo I = Pacientes de Consultório; Grupo II = Pacientes do SESC.

## 8.4 Dados Referentes a Auto-Imagem dos Entrevistados

Dados	grupo I (n = 35)		grupo II (n = 35)		total (n = 70)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
idade que você se dá	34	97,1	34	97,1	68	97,1
Média ± desvio padrão	60,1 ±	14,5	51,8 ±	13,7	55,9 ±	14,6
Mínima e máxima	30,0 e	88,0	20,0 e	76,0	20,0 e	88,0
sente-se velho	12	34,3	02	5,7	14	20,0
o que é ser velho	34	97,1	32	91,4	66	94,3
• Auto Suficiente	01	2,9	-	-	01	1,5
• Dependente	04	11,8	01	3,1	05	7,6
• Doente	08	23,6	03	9,4	11	16,7
• Egoísta	01	2,9	01	3,1	02	3,0
• Estático	07	20,6	05	15,6	12	18,2
• Estragado	01	2,9	-	-	01	1,5
• Experiente	-	-	02	6,3	02	3,0
• Incapaz	01	2,9	-	-	01	1,5
• Insatisfeito	01	2,9	-	-	01	1,5
• Inútil	02	5,9	08	25,0	10	15,2
• Muita Idade	02	5,9	-	-	02	3,0
• Não Jovem	-	-	01	3,1	01	1,5
• Pessimista	-	-	05	15,6	05	7,6
• Porcaria	-	-	01	3,1	01	1,5
• Só	03	8,9	02	6,3	05	7,6
• Trapo	01	2,9	-	-	01	1,5
• Triste	02	5,9	02	6,3	04	6,1
• Vivo	-	-	01	3,1	01	1,5
sente-se satisfeito com a vida	25	71,4	33	94,3	58	82,9
trabalha	06	17,1	15	42,9	21	30,0
exerce alguma atividade	07	20,0	20	57,1	27	38,9

NOTA: Grupo I = Pacientes de Consultório; Grupo II = Pacientes do SESC.

## 8.5 Dados Referentes à Alimentação dos Entrevistados

DADOS	GRUPO I (n = 35)		GRUPO II (n = 35)		TOTAL (n = 70)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Mudou a alimentação	26	74,3	15	42,9	41	58,6
Número de refeições por dia						
• Duas	03	8,6	03	8,6	06	8,6
• Três	12	34,3	17	48,6	29	41,4
• Quatro	19	54,3	14	40,0	33	47,1
• Cinco	01	2,8	01	2,8	02	2,9
Consumo de água por dia (ml)						
• 200 a 400	-	-	01	2,9	01	1,4
• 600 a 800	16	45,7	04	11,4	20	28,6
• 1000 a 1200	18	51,4	19	54,3	37	52,9
• Mais de 1200	01	2,9	11	31,4	12	17,1
VET						
• Média ± desvio padrão	1 281,0 ±168,5		1 228,4 ±197,4		1 254,7 ±184,1	
• Mínima e máxima	957,0 e 1 660,0		723,0 e 1 638,0		723,0 e 1 660,0	
PROTEÍNA						
• Média ± desvio padrão	16,5 ± 3,7		17,3 ± 3,0		16,9 ± 3,4	
• Mínima e máxima	8,0 e 26,0		13,0 e 24,0		8,0 e 26,0	
LIPÍDIOS						
• Média ± desvio padrão	21,1 ± 4,5		21,6 ± 4,6		21,4 ± 4,5	
• Mínima e Máxima	10,0 e 32,0		13,0 e 32,0		10,0 e 32,0	
GLICÍDIOS						
• Média ± desvio padrão	62,9 ± 5,4		61,3 ± 4,5		62,1 ± 5,0	
• Mínima e Máxima	51,0 e 75,0		51,0 e 72,0		51,0 e 72,0	

NOTA: Grupo I = Pacientes de Consultório; Grupo II = Pacientes do SESC.

## 8.6 Auto-Imagem Versus Atividade Física Versus Nutrição Versus Patologia

RELAÇÃO DA AUTO-IMAGEM, ATIVIDADE FÍSICA, NUTRIÇÃO E PATOLOGIA

DADOS	GRUPO I (n = 25)		GRUPO II (n = 33)		TOTAL (n = 58)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ESCOLARIDADE						
• 1º Grau	08	32,0	19	57,6	27	46,6
• 2º Grau	11	44,0	11	33,3	22	37,9
• 3º Grau	06	24,0	03	9,1	09	15,5
TEM FILHOS	23	92,0	33	100,0	56	96,6
RENDA (Salário Mínimo)						
• Um	01	4,0	09	27,2	10	17,2
• Até três	07	28,0	12	36,4	19	32,8
• Acima de três	17	68,0	12	36,4	29	50,0
TEM CASA PRÓPRIA	22	88,0	31	93,9	53	91,4
ATIVIDADE FÍSICA (AF)	04	16,0	33	100,0	37	63,8
• Caminhar	04	100,0	10	30,3	14	37,8
• Dançar	-	-	32	97,0	32	86,5
• Outra	-	-	11	33,3	11	29,7
• Total de AF	04	1,0 / entr	53	1,6 / entr	57	1,5 / entr
TEM ALGUMA DOENÇA	23	92,0	17	51,5	40	69,0
• Diabete	01	4,3	03	17,6	04	10,0
• Coração	09	39,2	07	41,2	16	40,0
• Pressão	07	30,5	05	29,4	12	30,0
• Artrose	02	8,7	02	11,8	04	10,0
• Depressão	02	8,7	-	-	02	5,0
• Úlcera	01	4,3	-	-	01	2,5
• Esofagia	01	4,3	-	-	01	2,5
ÍNDICE DE MASSA CORPORAL						
• Normal	09	36,0	21	63,6	30	51,7
• Alterado	16	64,0	12	36,4	28	48,3
SENTE-SE VELHO	03	12,0	01	3,0	04	6,9
EXERCE ALGUMA ATIVIDADE	05	20,0	20	60,6	25	43,1
CONSUMO DE ÁGUA POR DIA (ml)						
• 200 a 400	-	-	01	3,0	01	1,7
• 600 a 800	09	36,0	03	9,1	12	20,7
• 1000 a 1200	15	60,0	19	57,6	34	58,6
• Mais de 1200	01	4,0	10	30,3	11	19,0

NOTA: Grupo I = Pacientes de Consultório; Grupo II = Pacientes do SESC.

## 8.7 Depoimentos

Numa ocasião, no SESC (grupo II), convidei uma senhora para fazer uma palestra, ela respondeu que só poderia ir, desde que não fosse no dia do encontro dançante, e era preciso agendar, pois ela era muito ocupada (78 anos, viúva). Também me chamou a atenção o espírito jovem, vivo, quando em outra ocasião, também no SESC, fui conversar com outra pessoa, ela estava aguardando o namorado chegar e me relatou que aquele dia era especial, ela não poderia assumir nenhum outro compromisso (75 anos, viúva). E, para finalizar esta pesquisa tão linda, durante um encontro dançante, tive o prazer de parabenizar um casal que se conheceu no encontro e estavam naquele momento noivando, ela (75 anos, viúva), ele (81 anos, viúvo), aliás, estavam muito elegantes.

Cada um dos participantes tinha algo a acrescentar, com características próprias, relatando que a vida era linda, que esta fase era especial e cada um esbanjava orgulho da idade que tinha. Todos do Grupo II me irradiaram luz, foi maravilhosa esta minha experiência.

## 8.8 Patologia Versus Atividade Física

AVALIAÇÃO DA PATOLOGIA EM RELAÇÃO À ATIVIDADE FÍSICA

PATOLOGIA / ATIVIDADE FÍSICA	GRUPO I		GRUPO II		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SEM PATOLOGIA	04	11,4	17	48,6	21	30,0
• Sem Atividade Física	03	75,0	-	-	03	14,3
• Com Atividade Física	01	25,0	17	100,0	18	85,7
COM PATOLOGIA	31	88,6	18	51,4	49	70,0
• Sem Atividade Física	24	77,4	-	-	24	49,0
• Com Atividade Física	07	22,6	18	100,0	25	51,0
TOTAL	35	100,0	35	100,0	70	100,0
• Sem Atividade Física	27	77,1	-	-	27	38,6
• Com Atividade Física	08	22,9	35	100,0	43	61,4

Sem Patologia →  $p = 0,0030$  (Fisher); Com Patologia →  $\chi^2_{\text{calc}} = 24,30$  e  $p < 0,0001$  (Qui-Quadrado).

## 8.9 Índice de Massa Corporal Versus Patologia

QUADRO 1 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL EM RELAÇÃO À PATOLOGIA

DADOS	Nº	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÍNIMO	MÁXIMO
<b>GRUPO I</b>					
• Sem Patologia	04	26,7	2,5	24,2	30,0
• Com Patologia	31	27,3	3,8	19,7	33,6
• Diabete	02	24,2	3,0	22,1	26,3
• Coração	12	27,0	2,9	20,2	30,8
• Pressão	08	28,9	3,8	22,9	33,6
• Câncer	01	25,9	-	-	-
• Artrose	04	27,6	5,8	21,9	32,7
• Depressão	05	23,0	2,3	19,7	25,9
• Úlcera	01	32,4	-	-	-
• Esofagia	01	29,0	-	-	-
<b>GRUPO II</b>					
• Sem Patologia	17	24,5	4,5	18,4	33,6
• Com Patologia	18	24,5	3,0	20,3	30,8
• Diabete	03	24,7	2,5	22,5	27,5
• Coração	07	24,2	2,2	20,4	26,2
• Pressão	05	24,8	4,0	20,8	30,8
• Câncer	01	20,3	-	-	-
• Artrose	02	26,7	4,9	23,2	30,1
<b>TOTAL GERAL</b>					
• Sem Patologia	21	24,9	4,2	18,4	33,6
• Com Patologia	49	26,2	3,8	19,7	33,6
• Diabete	05	24,5	2,3	22,1	27,5
• Coração	19	26,0	3,0	20,2	30,8
• Pressão	13	27,3	4,2	20,8	33,6
• Câncer	02	23,1	4,0	20,3	25,9
• Artrose	06	27,3	5,0	21,9	32,7
• Depressão	05	23,0	2,3	19,7	25,9
• Úlcera	01	32,4	-	-	-
• Esofagia	01	29,0	-	-	-

Sem Patologia →  $t_{\text{calc}} = 0,452$  e  $p = 0,656$ ; Com Patologia →  $t_{\text{calc}} = 3,511$  e  $p < 0,0001$ ; Coração →  $t_{\text{calc}} = 2,883$  e  $p = 0,010$ ; Pressão →  $t_{\text{calc}} = 2,348$  e  $p = 0,039$  (t de Student).