Daniele Cristina Marques Soares

Identificação do perfil dos participantes do Projeto “Educação Física para a Terceira idade” na Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais.

Belo Horizonte
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
2010

Daniele Cristina Marques Soares

Identificação do perfil dos participantes do Projeto “Educação Física para a Terceira idade” na Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais.

Monografia apresentada a Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do titulo de Bacharel em Educação Física.

Orientadora: PROF^{a}. DR^{a} . Ana Cláudia Porfírio

Belo Horizonte
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
2010

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho, de grande significado pessoal e profissional, culmina com uma das etapas da minha formação profissional. A sua elaboração não seria possível sem a colaboração, apoio e incentivo de muitas pessoas. Nesse sentido, gostaria de agradecer às seguintes pessoas:

Os alunos participantes do Projeto “Educação Física para a Terceira Idade” pelo carinho, compreensão e paciência (são tantas pesquisas!).

A Prof. Mestra Gisele de Cássia Gomes, pelo conhecimento que me transmitiu (científicos e de vida), pela dedicação e “puxões” de orelha.

A Prof. Doutora Ana Cláudia Porfírio, pela orientação, paciência e compreensão.

Aos colegas e amigos que de alguma forma contribuiu para este trabalho.

Ao meu marido pela paciência, compreensão e apoio.

RESUMO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, em que se observa um aumento acelerado da população acima de 60 anos em relação à população geral, principalmente nos países em desenvolvimento como o Brasil. Com o aumento da expectativa de vida, cria-se uma nova realidade que torna-se um dos grandes desafios da saúde publica, exigindo políticas publicas e ações que promovam a saúde e consequentemente contribuam para a autonomia e independência dos idosos. O Projeto “Educação Física para a Terceira Idade” - PEFTI na Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais e um dispositivo social que cria e possibilita um espaço de promoção a saúde, convívio e interação entre os idosos. Identificar e conhecer o perfil dos idosos, que participam deste projeto, permite ações de acordo com a população atendida. No presente estudo realizou-se uma entrevista com os participantes ativos do PEFTI, utilizando um questionário estruturado, contento informações sócio demográficas que foram analisadas pelo programa SPSS 17.0. A amostra consistia de um N total de 172 indivíduos. Os resultados obtidos permitiram identificar entre os participantes do PEFTI consultados o seguinte perfil: mulheres (87,8%), casado(a) (48,3%), com media de 4 anos de escolaridade (43%), com idade entre 70 e 74 anos(33,7%), com rendimento mensal de 2 a 5 salários mínimos (46,5%), vivendo com o cônjuge (24,4%) ou com o cônjuge e filhos (20,9%). Em relação a condições de saúde, observou-se que (61,6%) fazem uso de 1 a 3 medicamentos. Ao se traçar um perfil dos idosos que freqüenta o PEFTI melhor se compreende as demandas e necessidades dos mesmos. Alem disso, ao conhecer o perfil e possível realizar propostas mais condizentes com a realidade desses idosos, podendo influenciar as futuras políticas e ações de promoção a saúde.

Palavras-chave: idoso, promoção da saúde, envelhecimento.

SUMÁRIO

Agradecimentos.....3
1. Revisão Literária.....6
1.1 Envelhecimento.....6
1.2 Qualidade de Vida e Saúde.....9
1.3 Atividade Física.....11
2. Introdução.....12
2.1 Objetivo.....15
3. Métodos.....16
4. Resultados.....17
5. Discussão.....22
6. Considerações Finais.....25
Referências.....26

1. Revisão de Literatura

1.1 Envelhecimento

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e relativamente novo que, nos anos mais recentes gerou maior impacto nos países em desenvolvimento, com o aumento acelerado da população acima da 60 anos em relação à população geral (GIATTI e BARRETO, 2003). Tradicionalmente o envelhecimento foi um fenômeno sempre estudado e analisado como uma característica de países europeus, pois nessas regiões 28% da população apresenta idade superior a 75 anos. (SCHOUERI JÚNIOR, RAMOS & PAPALÉO NETTO, 1994). A partir da década de 50, no entanto, tem ocorrido um crescimento expressivo da população idosa nos países em desenvolvimento. Conforme dados do Relatório Estatístico Sobre a Saúde no Mundo da Organização Mundial da Saúde (OMS), que conta com dados de 2007, a expectativa de vida da população das América do Norte e Sul é de 76 anos.

No Brasil, o processo de envelhecimento populacional é um dos mais acelerados do mundo, o número de idosos (≥ 60 anos de idade) passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002 (um aumento de 500% em quarenta anos) e estima-se que alcançará 32 milhões em 2020. A Síntese de Indicadores Sociais 2008 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontou que houve um aumento de mais de três anos na última década e passou de 69,3 em 1997 para 72,7 da população brasileira.

Em Minas Gerais o contingente da população residente com sessenta anos e mais é de 11,07% da população total residente. (IBGE, 2008).

Nunca antes na história da humanidade os países haviam registrado um contingente tão elevado de idosos em suas populações (VERAS, 2003). Sabe-se que o aumento da expectativa de vida constitui uma das maiores conquistas sociais da modernidade, não sendo privilégio de alguns países ou classes, mas uma aspiração natural de qualquer sociedade (GARCIA *et al*., 2005).

Sem dúvida, o aumento da expectativa de vida proporciona às pessoas um maior período de tempo para sintetizar e culminar a realização de seus projetos de vida. Porém, para que isso ocorra, é necessário que a velhice seja vivida com qualidade (OKUMA et al, 1995). Infelizmente, o aumento do número de idosos na população tem se traduzido em um maior número de problemas de longa duração, seja em nível pessoal ou social (KALACHE *et al*, 1987; PESCATELLO & DI PIETRO, 1993).

Tem sido preocupação dos vários domínios da ciência descobrir as virtudes da velhice, prolongar a juventude e envelhecer com boa qualidade de vida individual e social. Em decorrência do evidente aumento da população idosa mundial, identificar as condições que permitem envelhecer bem torna-se tarefa de várias disciplinas no âmbito das ciências biológicas, psicológicas e sociais (LAWTON, 1991; NERI, 1993).

Existe um consenso sobre padrões de envelhecimento, entendidos por três aspectos. Como fenômeno universal e progressivo que apresenta uma diminuição da capacidade de adaptação do indivíduo de forma gradativa, denomina-se envelhecimento primário. Apresentando-se como um fenômeno com alterações ocasionadas por doenças associadas ao envelhecimento, como câncer e doenças coronarianas, entre outras, denomina-se envelhecimento secundário. O chamado envelhecimento terciário ou terminal se apresenta como um fenômeno onde grande perda física e cognitiva é percebida, em um período relativamente curto de tempo, normalmente levando à morte.

Se os declínios físicos e mentais apresentarem-se de forma lenta e gradual, o fenômeno fisiológico, arbitrariamente identificado pela idade cronológica, é chamado de senescência (envelhecimento primário). Porém, se ele vier acompanhado de desorganização mental e/ou patológicas, ele é conhecido como senilidade (envelhecimento secundário ou terminal).

Esses padrões e definições são influenciados por componentes sociais, biológicos, intelectuais e funcionais podendo, então, ser reconhecidos como envelhecimento biológico, envelhecimento social, envelhecimento intelectual e envelhecimento funcional. (MAZO *et al*, 2001)

Entende-se envelhecimento biológico como o processo contínuo, que decorre durante toda a vida, com diferenciação de um indivíduo para o outro, e até diferenciação no mesmo indivíduo, quando alguns órgãos envelhecem mais rápido que outros. Já o envelhecimento social é entendido como o processo que ocorre de formas diferenciadas nas mais diferentes culturas, estando condicionado à capacidade de produção do indivíduo, tendo a aposentadoria como referencial marcante. O envelhecimento intelectual tem o seu início percebido quando o indivíduo apresenta falhas na memória, dificuldades na atenção, na orientação e na concentração, apresentando, enfim, modificações desfavoráveis em seu sistema cognitivo. E o envelhecimento funcional passa a ser percebido quando p indivíduo começa a depender de outros para o cumprimento de suas necessidade básicas ou de suas tarefas habituais. (MAZO, *et al* 2001)
Percebe-se, então, que o processo de envelhecimento não é dependente de apenas um fator, o biológico, e que, dessa forma, se aproxima dos atuais conhecimentos da área de estudo da qualidade de vida.

O envelhecimento é um fenômeno biopsicossocial que atinge a todos manifestando-se em todos os domínios da vida, inicia-se pelas células, passa aos tecidos e órgãos e termina nos processos extremamente complicados do pensamento (VARGAS, 1994). À medida que aumenta a idade cronológica às pessoas se tornam menos ativas, suas capacidades físicas diminuem e, com as alterações psicológicas que acompanham a idade (sentimento de velhice, estresse, depressão), existe ainda diminuição maior da atividade física que conseqüentemente, facilita a aparição de doenças crônicas, que, contribuem para deteriorar o processo de envelhecimento. Mais que a doença crônica é o desuso das funções fisiológicas que pode criar mais problemas.

O indivíduo é considerado idoso a partir dos 60 anos de idade (estabelecido pelas Nações Unidas, para descrever pessoas “mais velhas”). Muitos declínios, por exemplo, na capacidade funcional, é associado ao idoso. Entretanto, uma das mudanças sociais que vem ocorrendo nos últimos 20 anos está relacionada com a atividade física e o esporte aplicados à faixa etária tradicionalmente chamada de Terceira Idade que buscam o exercício físico por conhecerem os valores físicos, psicológicos e sociais que a atividade física proporciona. (GEIS e RUBÍ, 2003).

1.2 Qualidade de Vida e Saúde

Qualidade de vida na velhice é um conceito importante, hoje, no Brasil, na medida em que existe uma nova sensibilidade social para a velhice, quer considerada como um problema quer como um desafio para os indivíduos e para a sociedade.

A OMS, que conta com um grupo de especialistas em qualidade de vida, definiu a qualidade de vida como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto cultural e de sistema de valores em que insere em relação aos seus objetivos pessoais, expectativas e preocupações” (WHO, 1998)

A qualidade de vida das populações em geral e do sujeito em particular pode ser expressa como o resultado da compatibilidade das suas expectativas e a sua efetiva concretização. Por outro lado, a qualidade de vida é também um direito dos indivíduos.

Um desafio da nossa civilização para envelhecermos com qualidade de vida consiste em aumentar a expectativa de vida e não apenas a esperança de vida, ou seja, “dar vida” aos anos e não apenas anos à vida. A expressão *dar vida aos anos* nos leva às várias maneiras de envelhecer e de ser idoso, o que nos remete para a idéia de padrões de envelhecimento. Os padrões de envelhecimento para Neri (2000) significam admitir que existem conjuntos de mudanças observáveis associadas à idade. Contudo, a ciência ainda não dispõe de conhecimento suficiente para estabelecer as diferenças entre mudanças típicas do envelhecimento – isto é, que se constituem em processos normais de mudança para o organismo humano à medida que envelhecemos – e aquelas mudanças que são atípicas, anormais ou patológicas, quer sejam geradas por fatores ambientais ou determinadas por fatores intrínsecos ao organismo (MAZO, 2001).

Apesar da idéia de padrões de envelhecimento típico e atípicos, uma boa qualidade de vida para os idosos depende de vários fatores, como: a longevidade, uma boa saúde física e mental, uma boa saúde física percebida, a satisfação, um controle cognitivo, uma competência social, a produtividade, a continuidade de papéis familiares e ocupacionais, a autonomia e independência e um estilo de vida ativo.

Esses fatores são produtos da história da vida pessoal e do grupo etário, e dependem das condições existentes no grupo social, num dado momento histórico.

O grande desenvolvimento tecnológico obtido na área da saúde pode ser visto como uma grande possibilidade de minimizar os efeitos do envelhecimento, pois possibilita a criação de melhoras técnicas com relação a prevenção e ao controle das doenças infecto-contagiosas e das enfermidades crônico-degenerativas, diminuindo assim a taxa de mortalidade e também expandindo a expectativa de vida da população.

1.3 Atividade Física

Entende-se que a atividade física é todo e qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética (voluntária) que resulta em gasto energético acima dos níveis de repouso. (MAZO *et al*, 2001).

A prática regular de atividade física beneficia variáveis fisiológicas, psicológicas e sociais. Como redução da morbidade e mortalidade, aumento da força muscular, o aumento do fluxo sanguíneo para os músculos, o aprimoramento da amplitude de movimentos, a redução dos fatores que causam quedas, melhora na estética corporal, melhora da autoestima, melhora da autoimagem, e uma maior integração, socialização e inserção em um grupo social. (ROLIM e FORTI, 2006).

Os padrões da vida moderna, por outro lado, tem levado cada vez mais um maior número de pessoas ao sedentarismo, fazendo-se necessária a adoção de um estilo de vida mais ativo, desde as idades mais novas até as mais avançadas, através de atividade física e de exercícios físicos, para manutenção da qualidade de vida. (FORTI, 1999).

Em idosos, além dos benefícios já citados, a melhoria no equilíbrio, na coordenação e na resistência, assim como na manutenção da saúde nas doenças crônicas, tais como artrite e asma, entre outras, tornando o papel da atividade física ainda mais positivo. (ROLIM e FORTI, 2006).

Segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (NOBREGA *et al* , 1999), a prescrição de exercícios para essa população deveria contemplar diferentes componentes da aptidão física, como o condicionamento cardiorrespiratório, a resistência e a força muscular, a composição corporal e a flexibilidade.
Quando se refere ao condicionamento cardiorrespiratório, submete-se a capacidade de continuar ou persistir em tarefas prolongadas que se utilizam de grandes massas musculares corporais envolvidas numa atividade contínua e rítmica, onde os sistemas circulatório e respiratório aumentam suas atividade com o intuito de fornecer energia para os músculos que estão treinando.

2. Introdução

O fenômeno do envelhecimento está mais presente no mundo atual e com isto torna-se cada vez mais necessário estudar mecanismos que ajudem essa crescente população a ter uma vida mais digna e de qualidade.

Repensar a velhice de forma a ressaltar as suas virtudes, potencialidades e características é promover a longevidade saudável do idoso. (ARAÚJO 2001, p.2)

É notório que a população brasileira e mundial está envelhecendo, sendo de fácil visualização que vários fatores podem ser citados como responsáveis pela ocorrência desse fenômeno.

O grande desenvolvimento tecnológico obtido na área da saúde pode ser visto como uma grande possibilidade de minimizar os efeitos do envelhecimento, pois possibilita a criação de melhores técnicas com relação à prevenção e ao controle das doenças infecto-contagiosas e das enfermidades crônico-degenerativas, diminuindo assim a taxa de mortalidade e também expandindo a expectativa de vida da população.

Tal realidade é um dos grandes desafios da saúde pública, o que exige soluções viáveis do ponto de vista social, econômico e político (BARRETO *et al*, 2003). Apesar das mudanças decorrentes do envelhecimento da população, no que tange a um novo perfil epidemiológico, a atenção à saúde não se deve restringir às práticas de prevenção e tratamento de doenças crônicas, mas que a maior ênfase precisa se voltar para políticas de promoção à saúde, que contribuam para a manutenção e independência e valorizem as redes social do idoso. (VERAS E CALDAS, 2004)

Nesse ponto, destaca-se o conceito de “Promoção da Saúde” assumido pela Organização Mundial de Saúde, desde 1986, como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida, incluindo uma maior participação no controle deste processo (SANTOS *et al*, 2006; VERAS E CALDAS, 2004). Trata-se da inter relação de diversos fatores: políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos. De acordo com esses fatores, as ações da promoção da saúde devem atuar sobre o universo dos determinantes

da mesma, objetivando reduzir as diferenças no estado atual da saúde e assegurar a igualdade de oportunidades, proporcionando os meios que permitam a toda população desenvolverem ao máximo o seu potencial de saúde (TEIXEIRA, 2002). Desse modo, Czeresnia (2003) afirma que promover a saúde em suas múltiplas dimensões envolve, por um lado, ações do âmbito global de um Estado e, por outro, a singularidade e autonomia dos sujeitos, o que não pode ser atribuído ao campo específico da saúde.

A promoção da saúde no envelhecimento se impõe como um dever de cidadania, que constrói na prática do exercício de direitos, objetivando a promoção do envelhecimento ativo, caracterizado pela experiência positiva da longevidade, com preservação de capacidades e do potencial de desenvolvimento do indivíduo, otimizando a valorização da sua identidade pessoal (TEIXEIRA, 2002; ASSIS *et al*,2004).

O Estatuto do Idoso assegura no Art. 2º que "O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade."

Outro artigo interessante é o Art. 3º "É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária."

Diante destes artigos do Estatuto do Idoso percebemos como é grande o desafio de um país que ainda não está preparado e está ficando cada vez mais velho. Desafios de criar políticas e programas para ajudar pessoas mais velhas a se manterem saudáveis e ativas.

Nesse contexto, programas de promoção da saúde e de integração do idoso na comunidade, são cada vez mais requeridos, em face das demandas crescentes do envelhecimento populacional (ASSIS *et al*, 2004). Nesse cenário, insere-se o Projeto "Educação Física para a Terceira Idade" da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais. Esse projeto é um dispositivo social que possibilita espaço de convívio e interação entre pessoas acima de 60 anos de idade, objetivando momentos lúdico-socializantes através de diversas atividades como, ginásticas, danças, caminhadas, passeios, palestras, festas em datas comemorativas, dentre outras e de construção de identidade social e política.

Diante dos fatos se ve a importância de conhecer as características do público que está inserido no Projeto para que as atividades ministradas possam ser direcionadas a atender as demandas da população do projeto. O conhecimento do perfil dos idosos é necessário para gerar ações que alcance a efetiva promoção da saúde.

2. 1 Objetivo

Identificar o perfil da população que freqüenta o Projeto de extensão “Educação Física para a Terceira Idade” (PEFTI) da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional na Universidade Federal de Minas Gerais. O estudo visou conhecer as características dessa população contribuindo para divulgação de informações para que se torne uma ferramenta útil para os coordenadores e professores na orientação das intervenções realizadas e assim possa gerar ações que afetem, de maneira positiva, o Projeto.

3. Métodos

Amostra

O estudo foi realizado com 172 idosos voluntários participantes ativos do PEFTI, de ambos os sexos, com idade acima de 60 anos. Esses idosos assinaram um termo de compromisso livre e esclarecido para viabilizar a participação no estudo.

Entrevista e Questionário

As entrevistas foram realizadas através de um questionário estruturado, onde apresentou uma relação padronizada e fixa de perguntas, cuja ordem e redação permanecem invariáveis para todos os entrevistados. As entrevistas após coletadas foram analisadas estatisticamente por frequência e percentual através do programa SPSS 17.0.

4. Resultados

Tab. 1 – Sexo dos participantes		
	Frequência	Percentual
Feminino	151	87,8
Masculino	21	12,2
Total	172	100,0

Os resultados apresentados na tabela 1 permitiram observar que a maioria dos participantes (87,8%) pertencem ao sexo feminino e 12,2% pertencem ao sexo masculino.

Tab. 2 - Idade dos participantes		
	Frequência	Percentual
Abaixo de 60 anos	4	2,3
Entre 60 e 64 anos	20	11,6
Entre 65 e 69 anos	53	30,8
Entre 70 e 74 anos	58	33,7
Entre 75 e 80 anos	29	16,9
Acima de 80 anos	8	4,7
Total	172	100,0

Os resultados apresentados na tabela 2 permitiram identificar que a maioria dos participantes (33,7%) se encontra na faixa etária de 70 a 74 anos, 2,3% se encontram abaixo de 60 anos, 11,6% entre 60 e 64 anos, 30,8% entre 65 e 69 anos, 16,9% entre 75 e 80 anos e 4,7% acima de 80 anos.

Tab. 3 – Estado civil dos participantes		
	Frequência	Percentual
Solteiro	12	7,0
Casado ou vive com companheiro	83	48,3
Divorciado ou separado	12	7,0
Viúvo	65	37,8
Total	172	100,0

Os resultados apresentados na tabela 3 permitiram observar que a maioria dos participantes (48,3%) são casados ou vive com companheiro, 7% são solteiros, 7% são divorciados ou separados e 37,8% são viúvos.

Tab. 4 – Escolaridade dos participantes		
	Frequência	Percentual
Não sabe ler	7	4,1
Sabe ler	3	1,7
Sabe ler e escrever (Primário Incompleto)	26	15,1
Primário Completo (1 a 4 série)	74	43,0
Ginasial Completo (5 a 8 série)	30	17,4
Ensino Médio Completo	20	11,6
Superior Completo	12	7,0
Total	172	100,0

Os resultados apresentados na tabela 4 permitiram observar que a maioria dos participantes (43%) estudaram em media 4 anos, 4,1% não sabem ler nem escrever, 1,7% sabe ler , 15,1% sabe ler e escrever, 17,4% completou o ginasial, 11,6% completou o ensino médio e 7% completou o ensino superior.

Tab. 5 - Renda líquida mensal do grupo familiar do participante - Considerar 1 salário mínimo: R$465,00		
	Frequência	Percentual
Menos de 1 salário mínimo	1	,6
De 1 a 2 salários mínimos	41	23,8
De 2 a 5 salários mínimos	80	46,5
De 5 a 10 salários mínimos	31	18,0
De 10 a 15 salários mínimos	7	4,1
De 15 a 20 salários mínimos	1	,6
Não sabe	11	6,4
Total	172	100,0

Os resultados observados na tabela 5 permitiram observar que a maioria dos participantes (46,5%) recebem de 2 a 5 salários mínimos, 0,6% recebe menos de 1 salário mínimo, 23,8% recebe de 1 a 2 salários mínimos, 18% recebe de 5 a 10 salários mínimos, 0,6% recebe de 15 a 20 salários mínimos e 6,4% declarara não saber o rendimento familiar.

Tab. 6 - Qual a fonte de renda do participante		
	Frequência	Percentual
Nada	15	8,7
Tenho negócio próprio	1	,6
Trabalho como autônomo	3	1,7
Trabalho informal	2	1,2
Aposentado	75	43,6
Pensionista	24	14,0
Outros	3	1,7
Aposentado e pensionista	25	14,5
aposentado e outros	18	10,5
pensionista e outros	3	1,7
aposentada, pensionista e outros	3	1,7
Total	172	100,0

Os resultados apresentados na tabela 6 permitiram observar que a maioria dos participantes (43,6%) possuem sua fonte de renda através da aposentadoria, 8,7% não possui fonte de renda, 0,6% possui negócio próprio, 1,7% trabalha como autônomo, 1,2 possui trabalho informal, 14% é pensionista, 1,7% possui outro tipo de fonte de renda, 14,5% tem aposentadoria e pensão, 10,5% tem aposentadoria e outro tipo de renda, 1,7% possui pensão e outro tipo de renda e 1,7% é pensionista, aposentado e possui também outro tipo de renda.

Tab. 7 - Arranjo Domiciliar

	Frequência	Percentual
Sozinho	33	19,2
Com os filhos	40	23,3
Com o conjugê/ companheiro	42	24,4
Com conjugê e filhos	36	20,9
Com amigos	1	,6
Com parentes	9	5,2
Outros	11	6,4
Total	172	100,0

Os resultados observados na tabela 7 permitiram observar que a maioria dos participantes (24,4%) vivem com o cônjuge ou companheiro, 19,2% vive sozinho, 23,3% vive com os filhos, 20,9% vive com o cônjuge e filho, 0,6% vive com amigo, 5,2% vive com parentes e 6,4% vive com outro arranjo domiciliar.

Tab. 8 - Uso de medicação		
	Frequência	Percentual
Nenhuma	19	11,6
1 a 3	106	61,6
4 ou 5	24	14,6
mais de 5	19	12,0
Total	170	98,8
Não responderam	2	1,2
	172	100,0

Os resultados observados na tabela 8 permitiram observar que a maioria dos participantes (61,6%) declararam fazer uso de 1 a 3 medicamentos regularmente, 11% não faz uso medicamentos, 14,6% fazem uso de 4 ou 5 e 0,6% faz uso de mai de 5 medicamentos

Tab. 9 - Quantas doenças ou acometimento que causam desconforto (somatório)

	Frequência	Percentual
0	66	38,4
1	59	34,3
2	32	18,6
3	8	4,7
4	2	1,2
5	2	1,2
6	1	,6
Total	170	98,8

Os resultados observados na tabela 9 permitiram observar que a maioria dos participantes (38,4%) declararam não possuir doença, 34,3% declarou possuir pelo menos uma doença, 18,6% declarou possuir pelo menos duas doenças, 4,7% declarou possuir três doenças, 1,2% declarou possuir cinco doenças e 0,6% declarou possuir 6 doenças.

5. Discussão

Em relação ao perfil dos participantes do Projeto “Educação Física para a Terceira Idade” na Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, observou-se o predomínio de participantes do sexo feminino (Tab.1). Esse achado pode ser reflexo do fenômeno da feminizacao da velhice. De acordo com dados do IBGE (2008), o numero de mulheres é bem maior em relação aos homens, uma vez que, em media, a expectativa de vida para as mulheres é de 7 anos a mais do que para os homens (OMS, 2007). Diversos fatores corroboram para que as mulheres vivam mais que os homens, sendo os mais significativos: a diferença de exposição ao risco (acidentes, violência), a diferença nos hábitos de vida (consumo de tabaco e álcool) e a diferença na atitude em relação à doença – é uma característica feminina a procura por serviços de saúde, mais do que os homens, o que facilita o diagnóstico precoce das doenças. (MAIA, 2006 e CAMARANO,2006). Além do maior número de mulheres idosas, há uma diferenciação das relações sociais de gênero que culmina na maior procura pelos Grupos de Terceira Idade por parte das mulheres (RIBEIRO *et al*, 2002).

Quanto à idade (tab. 2), há predominância de idosos com 70 anos e mais (55,3%), o que pode estar relacionado ao envelhecimento da população idosa em virtude das altas quedas nas taxas de mortalidade dessa população e da maior sobrevida de mulheres em idades avançadas. Uma observação importante a ser destacada é a significativa participação de idosos acima de 80anos. É a população idosa “muito idosa”, ou seja, a de 80 anos e mais, a que tem, apresentado as maiores taxas de crescimento, alterando a composição interna do próprio grupo e revelando uma maior heterogeneidade deste segmento populacional. (CAMARO, KANSO E MELLO, 2004).

Cabe ressaltar que 4,7% dos participantes tem idade inferior a 60 anos. Isso acontece em virtude do projeto no início de suas atividades ter aceitado pessoas com idade menor que 60 anos.

Quanto ao estado civil (Tab. 3), verificou-se o predomínio de casados ou que vive com o companheiro (48,3%) em relação aos viúvos (37,8%), sendo que os 37,8% são mulheres viúvas. Segundo censo (IBGE, 2000), as mulheres viúvas constituíam 41% das idosas, as separadas, 12% e as solteiras, outros 7%. Por outro lado, quase 80% dos homens estavam em algum tipo de união conjugal. Os diferenciais por sexo quanto ao estado civil são devidos, de um lado, à maior longevidade das mulheres e, de outro, a normas sociais e culturais prevalecentes em nossa sociedade que levam os homens a se casar com mulheres mais jovens. Isso se dá, possivelmente, pelo processo que associa às mulheres em geral, e às idosas em especial, menos oportunidades de um novo casamento, em casos de separação ou viuvez (CAMARANO, KANSO E MELLO, 2004).

Com relação à escolaridade (Tab. 4), verificou-se o predomínio de (43%) idosos com o primário completo. De acordo com dados do IBGE (2008) no caso da população idosa, o indicador de alfabetização é considerado um termômetro das políticas educacionais brasileiras do passado. Nas décadas de 1930 até, pelo menos, os anos de 1950, o ensino fundamental ainda era restrito a segmentos sociais específicos. Nessa medida, o baixo saldo da escolaridade média dessa população é um reflexo desse acesso desigual.

Com relação à renda (Tab. 5), verificou-se que a maioria, 46,5%, dos participantes recebem de 2 a 5 salários mínimos. Dentre estes indivíduos a maioria, 20,92%, tem como fonte de renda a aposentadoria.
Ressalta-se que 9,3% recebe menos de 1 salário mínimo ou não possui renda própria. Segundo CAMARANO (2006), é baixa a proporção dos idosos brasileiros sem rendimentos: dentre os idosos brasileiros, menos de 12% não tinham nenhuma renda em 2003. A universalização dos benefícios da seguridade social ocorrida na década passada, explica parcialmente a evolução positiva dos rendimentos dos idosos (IBGE, 2008). Aposentadoria e pensões constituem a principal fonte de renda da população idosa (72,1%).

O arranjo domiciliar (Tab. 7) apresenta a maioria (24,4%) dos idosos vivendo com o cônjuge e 20,9% vivendo com o cônjuge e filhos. Ressalta-se que 19,2% dos idosos moram sozinhos sendo 93,3% destes idosos do sexo feminino. Segundo dados do

IBGE (2008) os domicílios unipessoais, isto é, aqueles com apenas um morador, totalizavam, em 2007, 6,7 milhões de unidades e 40,8% eram formadas por pessoas de 60 anos ou mais. Uma justificativa para este fenômeno pode ser encontrada no fato de que a viuvez feminina determina um crescimento de unidades domiciliares unipessoais.

Em relação ao estado de saúde dos idosos (Tab. 8) a maioria dos participantes (61,6%) declararam fazer uso regular de 1 a 3 medicamentos e 38,4% disse não possuir nenhum tipo de doença ou acometimento que causa desconforto (Tab. 9). Dentre os participantes que declararam não possuir nenhum acometimento de saúde, 59,09% disse fazer uso de 1 a 3 medicamentos. Isto pode ser explicado devido aos idosos não possuir nenhum desconforto ou limitação mesmo tendo algum tipo de doença crônica.

Diante de todos os dados analisados, conclui-se que o perfil dos idosos participantes do PEFTI é de mulheres (87,8%) com idade acima de 70 anos (55,7%), com primário completo (43%), aposentadas (43,6%) com rendimento de 2 a 5 salários mínimos (46,5%), mora com o cônjuge ou cônjuge e filhos (45,3%) que declaram não possuir nenhum acometimento de saúde que causa desconforto (61,3%) e fazem uso de 1 a 3 medicamentos regulares (38,4%).

6. Considerações Finais

Os achados desse estudo poderão embasar futuras políticas e propostas de promoção à saúde que resgatem as demandas e necessidades específicas da população do PEFTI, bem como a forma mais adequada de abordagem dessa população. E considerando a peculiaridade dessa população, ressalta-se a importância de uma equipe multiprofissional capacitada para atender às demandas desse segmento populacional.

Destaca-se a importância de se captar informações periódicas para auxiliar nas tomadas de decisões e políticas internas (do projeto) e externas (políticas públicas) mais específicas e condizentes com a realidade da população.

Referências

ASSIS M. et al. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. **Ciências & Saúde Coletiva**, 9 (3): 557-581, 2004.

BARRETO, K. M. et al. Perfil sócio-epidemiológico demográfico das mulheres idosas da Universidade Aberta à Terceira Idade no estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 3(3): 339-354, jul./set.,2003.

CAMARANO, A. A. Mulher Idosa: suporte familiar ou agente de mudança?. **Estud. av.,** São Paulo, v. 17, n. 49, 2003. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S010340142003000300004&lng=pt &nrm=iso.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. IN: FREITAS *et al*. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. e MELLO, J. L. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO (org). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CARMO, D. C. S.; MORAIS, N. M. e DIAS, R. C. **Caracterização dos Grupos de Terceira Idade do município de Belo Horizonte: análise do perfil da clientela e possíveis intervenções.** Monografia de Especialização em Terapia Ocupacional, Belo Horizonte: UFMG, 2004.

CARVALHO, R. M. e MEIRELLES, R. M. S. Ensino de Ciências e Saúde para Idosos: Uma proposta de construção de Cartilha Informativa em Grupos de Convivência. **Revista Práxis**. 1(2): 47-54, agosto 2009.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. (org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.

FERRIGNO, J.C.; LEITE, M. L.C.B. E ABIGALIL, A. Centros e grupos de convivência de idosos: da conquista do direito ao lazer ao exercício da cidadania. In: FREITAS *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia.** 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FORTI, V. A. M. Influência do treinamento físico aeróbico sobre as respostas cardiovasculares e respiratórias em mulheres na menopausa com e sem terapia de reposição hormonal. **Tese de Doutorado**. Campinas: Faculdade de Educação Física, UNICAMP, 1999.

GOLDFARB, D. C. **Corpo tempo e envelhecimento**. 1ª edição. São Paulo: editora do psicólogo, 1998

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, 19 (3):759-771, mai./jun, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATíSTICA. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. Rio de Janeiro: Estudos & Pesquisas de Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 9: 1-97, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATíSTICA. **Síntese de indicadores sociais 2009, uma análise das condições de vida**. Rio de Janeiro: Estudos & Pesquisas de Informação Demográfica e Socioeconômica n.26: 164-184, 2009.

_____**Censo 2000**. Rio de Janeiro, 05 novo 2004. Disponível em <www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul>. Acesso em: 05 de Novembro de 2009.

KOPILER, D. A. Atividade física na terceira idade. **Rev. Brás. Méd. Esporte**, 3 n. 4, out/dez. 1997.

LIMA-COSTA, M. F. e VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, mai/jun. 2003.

MAIA, Flávia de O M *et* al. Fatores de risco para mortalidade em idosos. **Rev. Saúde Pública**., São Paulo, n. ahead, 2006.

MATSUDO, S. M. *et al* Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. **Revista Brasileira de Ciências e Movimento.** Brasília, 8(4): 21-32, set.2000.

MATSUDO, S. M. *et al* Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte.** Artigo de revisão, 7(1), Jan/Fev, 2001.

MATSUDO, S. M. Envelhecimento, atividade física e saúde. **Revista Mineira de Educação Física .** Viçosa, 10(1):195-209, 2002.

GARCIA, M. A. A. et al. Idosos em cena: falas do adoecer. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 9 (18):531-552, set/dez, 2005.

MAZO, G. Z.; LOPES, M. A. & BENEDETTI, T. B. **Atividade física e o idoso: concepção gerontológica**. Porto Alegre: Salina, 2001.

NÓBREGA, A. C. L. *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 de Medicina do Esporte**, 5(6), 207-211, Nov/dez:1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – (OMS) Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL). **Divisão de saúde Mental Grupo WHOQOL**. Disponível em: <hppt://www.ufrgs.br/psiq/whoqol-100.html>. Acessado em: 24 de Abril de 2010.

RAMOS, Luiz Roberto et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**., São Paulo, v.27, n.2, 1993.

RAMOS, Marília P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**, Porto Alegre, n.7, 2002. Disponível em:<http://www.scielo.brlscielo.php?script=scLarttext&pid=S1517-45222002000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 de Maio 2010.

RIBEIRO, R. C. L. et al. Envelhecimento na perspectiva de gênero. **Mundo Saúde**, São Paulo, V. 26, n. 4, out/dez. 2002.

SANTOS, L. M. et al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista de Saúde Pública**, 40(2): 346-352, 2006.

SOUZA, E. M.; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Caderno de Saúde Pública**, 20(5): 1354-1360, set./out. 2004.

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz, 2002.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Caderno de Saúde Pública**, 19(3):705-715, mai/jun, 2003.

VERAS, R. P. E CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idades. **Ciências & Saúde Coletiva,** 9(2): 423-432,2004.