



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA – DEF**

MARIELA VIRGÍNIA CABRAL PIRES

**PERFIL DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DO SONO
DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NA CIDADE DE SURUBIM-PE**

**CAMPINA GRANDE – PB
2012**

MARIELA VIRGÍNIA CABRAL PIRES

**PERFIL DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DO SONO
DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NA CIDADE DE SURUBIM-PE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em forma de artigo ao curso de Licenciatura Plena em Educação Física da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Licenciado em Educação Física.

Orientador (a): Prof. Dra. Giselly Félix Coutinho

**CAMPINA GRANDE – PB
2012**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

P667p

Pires, Mariela Virgínia Cabral.

Perfil do nível de atividade física e qualidade do sono de idosos institucionalizados na cidade de Surubim-PE [manuscrito] / Mariela Virgínia Cabral Pires. – 2012.
32 f. : il.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Educação Física) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2012.

“Orientação: Prof. Dr. Giselly Félix Coutinho, Departamento de Educação Física”.

1. Atividade Física. 2. Qualidade do Sono. 3. Idoso.
I. Título.

21. ed. CDD 613.704 46

MARIELA VIRGÍNIA CABRAL PIRES

**PERFIL DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DO
SONO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NA CIDADE DE
SURUBIM-PE**

Aprovado em: 05/12/2012

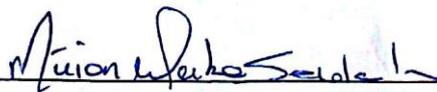
Banca Examinadora



Prof. Dr^a Giselly Félix Coutinho – orientadora-



Prof. Dr^a Maria Goretti da Cunha Lisboa



Prof. Dr^a Mirian Werba Saldanha

**CAMPINA GRANDE – PB
2012**

PERFIL DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DO SONO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NA CIDADE DE SURUBIM-PE

PIRES, Mariela Virginia Cabral¹

RESUMO

Introdução: O objetivo deste estudo foi investigar a relação entre nível de atividade física (NAF) e os distúrbios do sono em idosos institucionalizados.

Materiais e Métodos: A pesquisa foi do tipo quantitativa, descritiva e transversal. A amostra foi constituída por 14 idosos, sendo 7 mulheres e 7 homens, com idade entre 61 a 102 anos ($76,28 \pm 11,79$). Os protocolos utilizados foram: (a) Questionário Baecke Modificado para Idosos (QBMI), (b) Mini Questionário de Sono (MQS). O tratamento estatístico foi composto por análise descritiva, média e desvio-padrão e através do teste Exato do Fisher. Os dados foram tabulados no SPSS em sua versão 20.0. **Resultados:** Apresentaram $0,72 \pm 0,96$ como média de escore para o NAF, e $37,85 \pm 9,41$ para a qualidade de sono. Pela análise dos resultados, não foi possível observar associação entre o nível de atividade física e o grau da qualidade de sono ($p > 0,05$). **Conclusão:** Os idosos apresentaram nível de atividade física considerado baixo, bem como o sono muito alterado. Este estudo não apresentou significância em seus dados, tendo como possível explicação a amostra reduzida da pesquisa. Estudos posteriores mais amplos mostram-se necessários para verificar essa associação numa amostra mais representativa.

Palavras- chave: Idosos Institucionalizados, Nível de Atividade Física e Qualidade do Sono.

1. Aluna de Graduação do Curso de Licenciatura Plena em Educação Física da Universidade Estadual da Paraíba.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo universal que caracteriza uma etapa da vida permeada por mudanças sociais, psíquicas, ambientais e biológicas que compõe o desenvolvimento normal e integral do homem (PESTANA e ESPÍRITO SANTO, 2008).

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade da maioria das sociedades. O mundo está envelhecendo. Tanto isso é verdade que estima-se para o ano de 2050 existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006.)

Tem se observado, com justificada preocupação, o crescimento da população idosa funcionalmente incapacitada e dependente. Isso significa que, doravante, com o projetado aumento da expectativa de vida em todo o mundo, muito mais pessoas necessitarão de cuidados de longa duração num futuro próximo (BENEDETTI, 2008) e com idosos institucionalizados não é diferente.

Idoso, por sua vez, é aquele indivíduo com mais de 65 anos, no caso dos países desenvolvidos, e com mais de 60 anos, para países em desenvolvimento tal qual o Brasil (MENDES et al., 2005)

Os idosos ao ingressarem nos asilos começam a apresentar limitações intelectuais e físicas que se tornam evidentes na realização das atividades da vida diária, sendo que o ócio, a falta de terapia ocupacional, a indisposição física, sedentarismo e o desinteresse, colaboram ainda mais para estas limitações, levando muitas vezes à invalidez e ao profundo abatimento moral, surgindo assim as doenças crônico-degenerativas associadas a outras patologias, que podem ser responsáveis pela perda progressiva de autonomia e conseqüentemente da imagem e estima corporal (BORN, 1996).

Dessa forma, é necessário o acompanhamento e intervenção sobre os mesmos, através de uma equipe multidisciplinar, onde o idoso institucionalizado será visto como um todo, de forma a ser parte integrante da sociedade. Sendo possível retardar esse processo inerente ao ser humano, através da adoção de um estilo de vida ativo e saudável, podendo concluir sua história com qualidade de vida, desde aspectos sociais até mesmo no nível de atividade física praticada. Nesse contexto

surgiu a necessidade de conhecer a realidade do abrigo e dos aspectos de vida dos idosos institucionalizados pertencente à Associação de Proteção a Velhice Desamparada de Surubim – Lar Amélia França da cidade de Surubim – PE. Desta forma, perceber eventuais carências dessa população e estabelecer caminhos que possam melhorar os cuidados aos idosos institucionalizados. Diante do exposto o objetivo do estudo foi investigar as relações entre o NAF e os distúrbios do sono em idosos institucionalizados da cidade de Surubim – PE.

2. OBJETIVOS

Investigar a relação entre nível de o NAF e os distúrbios do sono em idosos institucionalizados da cidade de Surubim - PE. Bem como traçar o perfil sócio-demográfico; caracterizar as enfermidades prevalentes; identificar o NAF e queixas de sono.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

O envelhecimento se refere a um fenômeno fisiológico de comportamento social ou cronológico. É um processo biossocial de regressão, observável em todos os seres vivos, expressando-se na perda de capacidade ao longo da vida, devido à influência de diferentes variáveis, como as genéticas, danos acumulados e estilo de vida, além de alterações psico-emocionais (GUEDES, 2001).

Além de perdas sociais e cognitivas, ao envelhecimento está associada a uma série de outras perdas nos níveis antropométrico, neuromotor e metabólico, capazes de comprometer seriamente a qualidade de vida do idoso (SAFONS, 2007).

Existem no Brasil cerca de 20,6 milhões de indivíduos nesta faixa etária, de acordo com o Censo 2010. Do total de idosos brasileiros, aproximadamente 44,1% (7,37 milhões) são homens e, por diferença, 55,9% (9,36 milhões) são mulheres (ANSILIERO, 2011).

Essas mudanças fizeram com que a população passasse de um regime demográfico de alta natalidade e alta mortalidade para outro, primeiramente com baixa mortalidade e, a seguir, baixa fecundidade. Isso levou a um envelhecimento da população. (LEBRÃO, 2009).

É nessa fase da vida que o idoso constitui-se em um fardo para aqueles que um dia foram cuidados e ocuparam grande parte do seu tempo. Passam de um ser ativo para um “vegetativo”, de um ser independente para um dependente. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2001), essa situação remete à preocupação por mais de 6 milhões de pessoas e famílias, e a um meio milhão de idosos gravemente fragilizados no Brasil. Dados que fazem parte da face oculta mantidos em asilos, casas de repouso, e até mesmo no âmbito familiar.

O processo de envelhecimento nos países desenvolvidos ocorreu muito tempo depois de eles terem adquirido padrões elevados de vida, reduzindo desigualdades sociais e econômicas e implementando um número de estratégias institucionais para compensar os efeitos das desigualdades residuais, ao menos na área de acesso aos serviços de saúde (LEBRÃO, 2009). Ou seja, “os países desenvolvidos primeiro ficaram ricos e depois envelheceram; nós estamos ficando velhos antes de ficarmos ricos” (WHO, 2001).

À medida que a idade avança, existe uma progressiva perda de recursos físicos, mentais e sociais, a qual tende a despertar sentimentos de desamparo. A velhice parece deixar o indivíduo impotente, indefeso, fragilizado para tomar suas próprias decisões, para enfrentar seus problemas, o cotidiano, não só diante dos familiares, mas também da sociedade como um todo. Sendo assim, o idoso tem sido visto como uma pessoa improdutivo, ultrapassada, e pouco se tem feito para recuperar sua identidade e elevar sua auto-estima. Além disso, nem sempre é amparado pelos familiares e, muitas vezes, são obrigados a morar em asilos, forçados a viverem isolados, na solidão, longe de parentes e amigos.

Uma das modalidades de cuidados, definida pela Portaria SEAS nº 2874/2000 são as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), que consistem nas tradicionais instituições asilares (SEAS, 2000). As ILPI são consideradas unidades de saúde de baixa complexidade que desempenham a função de atendimento do idoso desprovido de condições de auto-gestão da vida. O funcionamento das ILPI foram normatizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) através

da Resolução – RDC 283/20055, seguindo diretrizes da Política Nacional do Idoso (MPAS, 2003). Nessas instituições o idoso é atendido em regime de internato sendo oferecido moradia, alimentação e convívio social (PESTANA e ESPÍRITO SANTO, 2008).

A institucionalização não se constitui ainda uma prática comum em nossa sociedade. Segundo levantamento censitário realizado no território nacional, entre 2007 e 2009, foi verificado que existem 84 mil pessoas idosas institucionalizados, com 60 anos de idade ou mais, representando menos de 1% da população idosa brasileira (CAMARANO, 2010). O idoso, agora institucionalizado, é obrigado a adaptar-se a uma rotina de horários, à distância da família e a dividir seu ambiente com desconhecidos. A individualidade e o poder de escolha são substituídos pelo sentimento de ser apenas mais um dentro daquela coletividade (QUADROS JUNIOR, 2008).

Quanto às características das instituições asilares dirigidas ao idoso, normalmente são locais com espaço e áreas físicas semelhantes a grandes alojamentos. Raras são as que mantêm pessoal especializado para assistência social e à saúde ou que possuam uma proposta de trabalho voltada para manter o idoso independente e autônomo. Eles vivem, na maioria das vezes, como se estivessem em reformatórios ou internatos, com regras de entradas e saídas, poucas possibilidades de vida social, afetiva e sexual ativa. Na realidade, muitas vezes o que se encontra são depósitos de pessoas, que, fundamentados na idéia de amor ao próximo e amparo aos desabrigados, consideram que os abrigos, juntamente com os cuidados a eles prestados, são suficientes às pessoas que estejam em seus últimos dias de vida.

Idosos institucionalizados são pacientes de alto-risco. A perda da mobilidade funcional é relacionada à metade dos casos de mortalidade entre pacientes institucionalizados no período de seis a 12 meses. Há o indício que este declínio na funcionalidade física não é devido apenas ao processo de envelhecimento, mas também é consequência do decréscimo ou da falta de atividade física nas instituições de longa permanência (BASTONE e JACOB FILHO, 2004).

Dentre os inúmeros benefícios que a prática de exercícios físicos promove, um dos principais é a proteção da capacidade funcional em todas as idades, principalmente nos idosos. Além de beneficiar a capacidade funcional, o exercício

físico promove melhora na aptidão física. No idoso os componentes da aptidão física sofrem um declínio que pode comprometer sua saúde (NAHAS, 2001).

A atividade física como recurso importante para minimizar a degeneração provocada pelo envelhecimento, possibilita ao idoso uma qualidade de vida mais ativa. Visto que a atividade física tem potencial para estimular várias funções essenciais do organismo, mostra-se não só uma coadjuvante importante no tratamento e controle de doenças crônico-degenerativas (como diabetes, hipertensão, osteoporose), mas é também essencial na manutenção das funções do aparelho locomotor, principalmente responsável pelo desempenho das atividades da vida diária e pelo grau de independência e autonomia do idoso. (MATSUDO, 2000).

A idade é um fator essencial na modificação da arquitetura do sono, pois a idade avançada está diretamente relacionada com a prevalência de distúrbios do sono, além do impacto negativo na qualidade de vida do idoso (GUIMARÃES et al., 2007). Existem fortes evidências experimentais de que um programa de exercício físico regular pode melhorar a quantidade e qualidade do sono em indivíduos idosos (MONTGOMERY, 2002).

A experiência de um sono insatisfatório ou insuficiente é bastante desagradável e tem reflexos no desempenho, no comportamento e no bem-estar, durante as atividades da nossa vida diária (CORRÊA, 2008). Considerando-se o papel do sono na vida do indivíduo e os efeitos prejudiciais na sua falta, um nível de sono não adequado influi diretamente na qualidade de vida (VERRI et al., 2008). Um sono adequado também propicia benefícios para a prática de atividade física. Possibilita mais disposição para a prática de atividade física além de menos cansaço no dia seguinte. Assim, podemos apontar, que a prática de exercícios físicos está diretamente ligada à manutenção da qualidade de sono em pessoas idosas (COUTINHO, 2011).

Estudos epidemiológicos demonstram que o exercício físico provoca impactos positivos na qualidade do sono. Pessoas fisicamente ativas apresentam menor frequência de relatos subjetivos de queixas sobre o sono e, como consequência, uma melhor qualidade e redução da sonolência diurna (MELLO et al., 2010). Estudo realizado por Brassington e Hicks (1995) comparando mulheres e homens sedentários e fisicamente ativos, concluíram que o grupo que praticava exercício teve mais qualidade na forma de um sono mais longo, menos tempo para adormecer

e melhor prontidão ao longo do dia. Kubitz et al. (1996) em uma ampla revisão da literatura sobre os efeitos do exercício na qualidade do sono, os autores concluíram que indivíduos que se exercitam não só adormecem com maior rapidez, como também dormem um pouco mais e com um sono mais profundo do que indivíduos que evitam se exercitar.

Desse modo, conclui-se que, as pessoas ativas têm melhor qualidade de sono do que as pessoas sedentárias. Por outro lado, um sono adequado também propicia benefícios para a prática de atividade física. Assim, um sono de boa qualidade possibilita mais disposição para a prática de atividade física, além de menos cansaço no dia seguinte (O'CONNOR e YOUNGSTEDT, 1995).

Se os indivíduos envelhecem autônomos e independentes, as dificuldades típicas dessa fase da vida serão minimizadas para eles, suas famílias e a sociedade. Nessa conjuntura, entendemos que o processo de envelhecimento está inscrito num contexto marcado por enunciados históricos e socioculturais (SMETHURST, 2009).

Cabe, portanto, à família, à sociedade e ao Estado assegurar ao idoso sua cidadania e dignidade, bem-estar e direito à vida, segundo a Lei 8.842, artigo 3º, parágrafo I - Ministério da Previdência e Assistência Social-. Por conseguinte, é necessário o acompanhamento e atenção para essa classe de indivíduos que normalmente são esquecidos e tratados como fardos, de forma que possibilite a interação e uma melhor perspectiva de vida para aqueles que um dia já foram jovens. Sendo possível reconstruir a qualidade de vida de idosos institucionalizados, através do desenvolvimento e acompanhamento de uma intervenção multiprofissional, possibilitando maior conhecimento sobre essa população, e gerando potencialização nos resultados.

4.METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

A pesquisa caracterizou-se como sendo do tipo quantitativa, descritiva e transversal. (RAMIRES, 2010).

4.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada na Associação de Proteção a Velhice Desamparada de Surubim – Lar Amélia França- Surubim – PE.

4.3 População e Amostra

Indivíduos idosos do sexo masculino e feminino, com mais de 60 anos, da Associação de Proteção a Velhice Desamparada de Surubim – Lar Amélia França- Surubim – PE. Tendo como população 24 indivíduos de ambos os sexos, e como amostra 14, sendo 07 idosos do sexo masculino e 07 do sexo feminino.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Como critério de inclusão esteve estabelecido que os sujeitos participantes fizessem parte do abrigo e tivessem mais que 60 anos. Segundo OMS (2005), define-se como idoso todo indivíduo com idade superior a 60 anos para países em desenvolvimento ou 65 anos, no caso de nações desenvolvidas. Fossem lúcidos e com discernimento para responder aos questionários sugeridos pela investigação. Foram excluídos da mesma, aqueles que por algum motivo não completaram ou não concordaram com a pesquisa.

4.5 Instrumentos de coletas de dados

Anamnese para a obtenção de informações acerca do perfil sócio demográfico e prevalência de enfermidades. Esta anamnese foi utilizada para colher informações relativa a idade, estado civil, renda e doenças prevalentes a fim de caracterizar a amostra.

O QBMI (VOORRIPS *et al.*,1997) para avaliar o nível de atividade física em três domínios específicos: atividades domésticas, atividades esportivas e atividades de lazer. Os escores foram obtidos através de perguntas específicas e pela relação entre tipo, frequência e intensidade da atividade. A pontuação das atividades

domésticas foi medida através da soma dos resultados obtidos nas questões e dividido pelo número de questões. Os escores das atividades esportivas e de lazer foram medidos através do produto dos códigos para intensidade, horas por semana e meses por ano para cada atividade somada entre todas as atividades. Esses códigos foram fornecidos pelo próprio questionário. Escores menores representam um menor nível de atividade física. A utilização do QBMI se configura como a opção apropriada para se identificar o nível de atividade física, especialmente em estudos epidemiológicos (MAZO *et al*, 2005).

O MQS (GERONSTEIN *et al.*, 2000) este instrumento consistiu no relato de queixas de sono, como dificuldade em adormecer à noite, acordar de madrugada e não conseguir adormecer novamente, uso de medicações para dormir, dormir durante o dia, acordar pela manhã e sentir se cansado, roncar à noite, acordar durante a noite, acordar com dor de cabeça, cansaço sem motivo aparente e sono agitado. O escore total forneceu uma estimativa da condição de sono (sono bom = 10-24 pontos; sono levemente alterado = 25-27 pontos; sono moderadamente alterado = 28-30 pontos, acima de 30 = sono muito alterado).

4.6 Procedimentos de coleta de dados

Para os dados da anamnese foi disponibilizado as fichas cadastrais dos idosos participantes. Os indivíduos responderam aos questionários referentes ao QBMI e MQS. Os questionários foram aplicados por um pesquisador treinado, valendo-se da ajuda do “cuidador” da instituição, quando o idoso apresentou dificuldades de entendimento.

4.7. Processamento e Análise dos dados

Os dados foram tabulados no *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, Chicago, IL, USA) em sua versão 20.0. As variáveis categóricas foram descritas na forma de porcentagem e as variáveis contínuas caracterizadas em média e desvio-padrão. A análise inferencial para verificar a associação entre nível de atividade física e qualidade do sono foi desenvolvida através do teste Exato do Fisher, sendo adotado um nível de significância de 5% na tentativa de se minimizar um erro tipo I.

4.8 Aspectos Éticos

Este estudo seguiu as orientações e diretrizes regulamentadoras emanadas da resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares outorgadas pelo decreto nº 93833, de 24 de janeiro de 1987, levando em consideração as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). Tendo sido submetido e aprovado pelo CEP/UEPB com CAAE nº 0404.0.133.2012.

5. RESULTADOS

A pesquisa foi composta por 14 idosos com idade média de 76,28 anos ($\pm 11,79$), variando de 61 a 102 anos. A amostra continha 7 (50%) homens e 7 (50%) mulheres, sendo 9 (64,28%) viúvos, 3 (21,42%) solteiros e 2 (14,28%) separados. A renda caracterizou-se por 12 (85,71%) idosos aposentados e 2 (14,28%) não aposentados. A morbidades mais comum foi a hipertensão arterial, 7 (50%), seguido por diabetes 2 (14,28%), distúrbio do sono 2 (14,28%) e depressão 2 (14,28%). Apenas um participante tinha obesidade (7, 14,3%) e outro não apresentava nenhuma morbidade (7, 14,3%).

A determinação do nível de atividade física indicou pelo inquérito padrões insatisfatórios para a amostra (tabela 1), apresentando como média $0,72 \pm 0,96$. Os resultados observados para os escores da qualidade do sono obtiveram valores médios $37,85 \pm 9,41$, que classificam o grupo de uma forma geral com sono muito alterado.

Tabela 1. Média e desvio padrão para o QBMI e MQS.

Vaiáveis	Média	Desvio-padrão	Máximo	Mínimo
QBMI	0,72	0,96	2,90	0
MQS	37,85	9,41	49	19

Legenda: QBMI (Questionário de Baecke Modificado para Idosos); MQS (Mini Questionário do Sono).

Na tabela 2 não observa-se associação entre o nível de atividade física e o grau da qualidade de sono ($p>0,05$). Esta relação parece não ser afetada pelo sexo do participante, pois a estratificação também não mostrou-se ser estatisticamente significativa.

Tabela 2. Coeficientes de correlação do teste exato de Fisher para dados categóricos, do QBMI e MQS

QBMI \ MQS	Pouco Ativo	Moderadamente Ativo	Ativo	χ^2 (gl)	p-valor
Levemente Alterado	0	1 (100%)	0	5,21 (6)	0,54
Moderadamente Alterado	2 (100%)	0	0		
Bom	1 (100%)	0	0		
Muito Alterado	7 (70%)	2 (20%)	1 (10%)		

Legenda: Teste Exato de Fisher – $p < 0,05$

6. DISCUSSÃO

Conforme o especificado, o estudo foi realizado na Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) da cidade de Surubim – Pernambuco, tendo 14 idosos com idade média de 76,28 anos ($\pm 11,79$). Dos quais 50% eram mulheres, sendo 64,28% viúvos. 85,71% dos idosos possuíam renda, através de suas aposentadorias. Os resultados encontrados na pesquisa corroboram com os achados de Duca et al., (2012) onde identificou os indicadores da institucionalização de idosos, e obteve como resultados que a institucionalização foi mais frequente no sexo feminino, os idosos tinham a idade avançada, viviam sem companheiro (solteiros, separados e viúvos), não possuíam escolaridade formal e apresentavam incapacidade funcional para atividades básicas da vida diária.

A morbidade mais comum encontrada nesta pesquisa foi a hipertensão arterial 50%. Corroborando com Catuzzo (2009) onde os dados mais atuais da

epidemiologia indicam que, mundialmente, um em cada cinco indivíduos com idade acima de 18 anos já desenvolveram hipertensão arterial, tornando essa patologia um dos principais problemas de saúde pública do mundo. No Brasil a hipertensão arterial atinge uma prevalência entre 15% e 20% da população adulta.

Observou-se que, as médias de pontos do QBMI, $0,72 \pm 0,96$ para os idosos integrantes da ILPI pesquisada, ficaram próximas da pontuação média encontrada para idosos sedentários por Alencar et al., (2009) e Dantas et al., (2010) que também aplicaram o QBMI e obtiveram escores para idosas ativas de 3,2 e para sedentárias de 1,7. O mesmo é encontrado na pesquisa de Coutinho (2011) após aplicar o QBMI, observou médias de $7,22 \pm 1,85$ para o grupo ativo e de $1,57 \pm 2,31$ para o grupo pouco ativo.

Dessa forma, os escores do QBMI encontrados nesta pesquisa estão muito aquém das médias encontrados em estudos semelhantes que envolveram idosos. O que explica-se pelo estilo diário de vida dos mesmos sendo sedentários, vivendo no ócio, esperando seus dias passarem, sempre à espera de um ponto final desse sofrimento. Benedetti (1999) afirma que o sedentarismo é um fator marcante, contribuindo para que o idoso se torne dependente mais cedo, pois não há atividades físicas como prevenção para a dependência. Consequentemente, esta perda de autonomia e independência se reflete em uma imagem corporal e autoestima baixa.

Foi constatado, por meio do QBMI, que os idosos não praticavam nenhum tipo de atividade esportiva e de lazer, sendo restrito apenas às atividades de caráter doméstico. Assim, não foram obtidas médias altas, sendo consideradas e até mesmo comparadas com estudos e resultados de indivíduos sedentários. Como no estudo de Miyasike et al., (2003) onde a pontuação média de 3,19 classificou os idosos como pouco ativos.

Assim, o método de avaliação do NAF, por meio do QBMI, se mostrou capaz de fazer esta análise. Diferenciando dos outros questionários por sua fácil e rápida aplicação, com perguntas referentes às atividades diárias, atividades esportivas e atividades de lazer. Mazo et al., (2001) afirma que o QBMI, apresenta excelente consistência de medidas teste-reteste (reprodutibilidade).

A manutenção de uma vida social ativa está relacionada a um melhor sono nos idosos (GUIMARÃES et al., 2007). Observando os dados obtidos nesse estudo, a

pontuação total pelo MQS foi em média de $37,85 \pm 9,41$, sendo considerada elevada quando comparada com a classificação do teste, situado entre 10 – 24 pontos para uma boa qualidade de sono. A institucionalização parece acentuar a tendência às alterações específicas que ocorrem no sono com o envelhecimento, propiciando modificações na sua quantidade e qualidade, com impacto negativo na qualidade de vida (ALESSI et al., 2010).

A elevada média do MQS encontrada nesta pesquisa corrobora com Coutinho (2011) com média de $27,8 \pm 9,04$ pontos para os idosos participantes de sua pesquisa. Assim como para Araújo et al., (2010) que, em seu estudo, avaliou a qualidade do sono de idosos residentes nas ILPI e concluiu que a maior parte (63,1%) dos 38 idosos estudados apresentaram sono de má qualidade, de acordo com o escore obtido no PSQI (Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh).

Em revisão de literatura, Youngstedt (2005) identificou que grande parte dos estudos epidemiológicos indica a existência de uma associação positiva entre a prática de exercício e melhor qualidade do sono da população em geral, principalmente da população adulta. Estes efeitos positivos no sono podem não estar relacionados diretamente, mas sim indiretamente, com a prática do exercício físico, que pode promover uma redução dos níveis de ansiedade e ter efeitos antidepressivos, contribuindo para a promoção do sono (ROSSI et al., 2010). Sendo os distúrbios do sono considerados multifatoriais, influenciados por fatores demográficos, físicos e psiquiátricos.

Entretanto, no presente estudo, esta associação não foi encontrada, não apresentando significância entre os resultados do QBMI e do MQS, corroborando com os achados de Stein et al., (2012) e Coutinho (2011), embora haja consenso na literatura de que exercício físico e o convívio social melhoram a qualidade do sono em idosos. Como plausível explicação é considerada a amostra reduzida da pesquisa. Estudos posteriores mais amplos mostram-se necessários para verificar essa associação numa amostra mais representativa.

7. CONCLUSÃO E SUGESTÕES

Em relação ao estudo observou-se que:

- a) Os idosos apresentaram nível de atividade física considerado baixo.

b) Os idosos apresentaram o sono muito alterado.

Entretanto, não foram encontradas relações significativas entre o nível de atividade física e a qualidade de sono. Dessa forma, ressalta-se à necessidade de um estudo mais amplo.

E como sugestão é necessário o acompanhamento e intervenção multidisciplinar acerca desse grupo, retardando o processo natural de envelhecimento. Além de assegurar ao idoso institucionalizado sua cidadania e dignidade, bem estar e direito a vida.

ABSTRACT

Introduction: The objective of this study is to investigate the relation between physical activity level and sleep disorders in inpatient elders. **Materials and Methods:** The research was a quantitative, descriptive and transversal type. The sample was constituted by 14 elders, seven women and seven men, between 61 and 102 years of age ($76,28 \pm 11,79$). The protocols used were: (a) Modified Baecke Questionnaire for Elders (MBQE), (b) Mini Sleep Questionnaire (MSQ). The statistic treatment was composed of descriptive, norm and standard deviation analyses and through Fisher's Exact test. The data was tabulated in the SPSS in its 20.0 version. **Results:** they presented $0,72 \pm 0,96$ as the score average for the NAF and $37,85 \pm 9,41$ for sleep quality. By the analyses of the results, it was not possible to observe the relation between the physical activity and the sleep quality level ($p > 0,05$). **Conclusion:** The elders presented a considered low physical activity level as well as a much altered sleep. This study did not present significance in its data, having as a possible explanation the reduced samples of research. Further studies are necessary to verify this relation in a more representative sample.

KEYWORDS: Institutionalized Elderly, Physical Activity Level and Quality of Sleep

8. Referências Bibliográficas

ALENCAR, N.A; BEZERRA, J.C.P; Dantas, E.H.M. **Avaliação dos níveis de atividade física, autonomia funcional e qualidade de vida de idosas integrantes do programa de saúde da família.** Fit Perf J.set-out; 8(5):315-2; 2009.

ALESSI, C.A; MARTIN, J.L; WEBBER, A.P; KIM, E.C; HARKER, J.O; JOSEPHSON, K.R. **Randomized, controlled trial of a nonpharmacological intervention to improve abnormal sleep/wake patterns in nursing home residents.** Journal Am Geriatr Soc.53(5):803-10; 2005.

ANSILIERO, G. **CENSO 2010: Primeiros Resultados e Implicações para a Previdência Social.** Volume 23. Número 5. Maio de 2011.

ARAÚJO, C.L.O; CEOLIM, M.F. **Qualidade do sono de idosos residentes em instituição de longa permanência.** Revista Esc Enferm USP 44(3):619-26; 2010.

BASTONE, A.; JACOB FILHO, W. **Effect of an exercise program on functional performance of institutionalized elderly.** Journal of Rehabilitation Research & Development, v. 41, n. 5, p. 659-68, 2004.

BENEDETTI, T.B. **Idosos Asilados e a Prática de Atividade Física.** Dissertação Apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina Como Requisito Parcial à Obtenção do Título de Mestre em Educação Física Florianópolis, SC, Brasil. 1999.

BENEDETTI, T.B; MAZO, G.Z; BARROS, M.V.G. **Aplicação do questionário internacional de atividades físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste R. bras. Ci e Mov.12(1): 25-34; 2004.**

BENEDETTI, T.B; PETROSKI, E.D; GONÇALVES, L.T. **Exercícios Físicos, Auto – Imagem e Auto – Estima em idosos asilados.** Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano. Volume 5 – Número 2- p. 69-74. 2003

BORN, T. **Cuidado ao Idoso em Instituição.** In M. Papaléo Netto (org). Gerontologia. São Paulo: ED. Atheneu. 1996.

BRASIL. MPAS. **Política Nacional do idoso**, Brasília, 1994. BRASIL. Estatuto do Idoso. Lei n^a 10,741 de 1 de outubro de 2003.

SEAS **Secretaria de Ação Social.** Portaria n^o 2874/2000. Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILAPI).

BRASSINGTON, G.S; HICKS, R.A. **Aerobic exercise and self-reported sleep quality in elderly individuals.** J aging Phys Act3: 120-134, 1995.

CAMARANO, A. A; Kanso, S. **As instituições de longa permanência para idosos no Brasil.** Revista Brasileira de Estudos de População. 27(1):233-52; 2010.

CATTUZZO, M.T; BARROS, M.V.G. **Atualização em Atividade Física e Saúde.** Ed. EDUPE, 2009.

CORRÊA K; CEOLIM, M.F. **Qualidade do sono em pacientes idosos com patologias vasculares periféricas.** Rev Escola Enfermagem da USP 42:12- 18; 2008.

COUTINHO, G. F. **Atividade física e saúde mental em idosos que frequentam centros de convivência na cidade de Campina Grande – PB./**Giselly Felix Coutinho. - Rio Claro : [s.n.], 2011

DANTAS, E; ALENCAR, N.A; SOUZA JÚNIOR, J.V; ARAGÃO, J.C.B; FERREIRA, M. A. **Nível de atividade física, autonomia funcional e qualidade de vida em idosas ativas e sedentárias.** Fisioter Mov. jul/set;23(3):473-81; 2010.

Decreto n^o 1948 Regulamenta a Lei n^o 8.842 de 4 de janeiro de 1994 - **Política Nacional do Idoso e dá outras providências.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): 5 jan. 1996. Seção 1, p.77-9

DUCA, G. F. D; Silva, S. G, THUMÉ, E; SANTOS, I; HALLAL, P.C. **Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles.** Rev Saúde Pública. 46(1):147-53; 2012.

LEBRÃO, M.L. **Epidemiologia do envelhecimento.** Boletim do Instituto de Saúde. Abril. 2009.

GERONSTEIN, C; TAVARES, S; ALOÉ, F. **Questionário de auto-avaliação de sono.** In: GORENSTEIN, C; ANDRADE, L.H.S; ZUÁRDI, A.W. Escala de Avaliação Clínica em Psicofarmacologia. São Paulo: Editora Lemos, p. 423-434, 2000.

GUIMARÃES, L.H.C.T; LIMA, M. D; SOUZA, J.A. **Atividade física em grupo melhora o sono de idosas sedentárias.** Rev Neurocienc 15/3:203–206; 2007.

HAN,T.S; SEIDELL, J. C; CURRAL, J. E. P; MORRISON, C. E; DEURENBERG. P; LEAN, M.E.J. **The influences of height and age on waist circumference as an index of adiposity in adults.** Int J Obes 21:83-9; 1997.

KUBITZ, K.A; LANDERS, D.M; PETRUZZELLO, S.J; HAN, M. **The effects of acute and chronic exercise on sleep: A meta-analytic review.** Sports Med 21: 277-291, 1996.

MATSUDO, S.M.M. **Envelhecimento e atividade física.** Londrina: Midiograf, 2001.

MAZO, G.Z *et al.* **Tendência a Estados Depressivos em idosos praticantes de Atividade Física.** Rev. Bras. Cine. Des. Hum., v. 1, p. 45-49, 2005.

MELLO, M.T; VAISBERG, M. **Exercícios na Saúde e na Doença.** Barueri, SP: Manole, 2010.

MENDES, M. R. S. S. et al. **A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.18, n. 4, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a11v18n4.pdf>

Ministério da Previdência e Assistência Social (BR). Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a política nacional do idoso e dá outras providências**. Brasília (DF): Ministério da Previdência e Assistência Social; 1996.

MIYASIKE-DA-SILVA, V. et al. **Mobilidade de idosos em ambiente doméstico: efeitos de um programa de treinamento específico**. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, Londrina, v. 8, n. 1, p. 5-19, 2003.

MONTGOMERY, P; DENNIS, J. **Physical exercise for sleep problems in adults aged 60+**. Cochr Database Syst Rev 2002

O'CONNOR, P.J; YOUNGSTEDT, S.D. **Influence of exercise on human sleep**. Exerc. Sport. Sci. Rev., v.23, p.105-34, 1995

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan- Americana de Saúde. 2005.

PALLONI, A; PELÁZ, M. **Histórico e natureza do estudo**. In LEBRÃO, M.L; DUARTE, Y.A.O. (org). **O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Organização Pan-Americana de Saúde; 2003.

PERISSINOTTO, E; PISENT, C; SERGI, G; GRIGOLETTO, F; ENZI, G. **Anthropometric measurements in the elderly: Age and gender differences**. Br J Nutr 87:177-86; 2002.

PESTANA, L. C; ESPIRITO SANTO, F. H. **As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 42, n. 2, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a08.pdf>.

QUADROS JUNIOR, A.C. **Dança de salão, funções executivas e memória em idosos Institucionalizados.** RIO CLARO, Estado de São Paulo – Brasil. Outubro de 2008.

ROSSI, M; FERREIRA, S; KOYAMA, R; LUCCHESI, L; BAILONI-NETO, A; CAVAGNOLLI, D et al. **Acute effects of different types of physical exercise on sleep pattern.** Sleep 30, 2010.

SAFONS, M.P.; PEREIRA, M.M. **Princípios Metodológicos da Atividade Física para Idosos.** CREF/DF – FEF/ UnB/ GEPAFI, Brasília, P.37; 2007.

SMETHURST WS, FREITAS CMSM. **Atividade Física e envelhecimento.** In BARRO, M.V.G e CATUZZO, M.T. Atualização em Atividade Física e Saúde . Ed EDUPE, 2009.

SOUSA L, GALANTE H, FIGUEIREDO D. **Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa.** Rev Saúde Pública junho; 2003.

STEIN, A.M; COSTA, J.L.R; VITALI, T.M; Hernandez, S.S; GARU, M; TEIXEIRA, C.V.L; STELLA, F. **Nível de atividade física, sono e qualidade de vida de pacientes com doença de Alzheimer** Revista Brasileira Ativ Fis e Saúde. Pelotas/RS. 17(3):200-205. Jun/2012

TOGEIRO, S.M.P.; SMITH, A.K. **Diagnostic methods for sleep disorders.** Revista Brasileira de Psiquiatria. v. 27, n. 1, p. 8-15, 2005.

VERRI, F; GARCIA, A. R; ZUM, P.R.J; ALMEIDA, E.O; FALCON-ANTENUCCI, R.M; SHIBAYAMA, R. **Avaliação da Qualidade do Sono em Grupos com Diferentes Níveis de Desordem Temporomandibular.** Pesq Bras Odontoped Clin Integr 8:165-169; 2008.

VOORRIPS, L. E; RAVELLI, A. C. J; DONGELMANS, P. C. A; DEURENBERG, P;
VAN STAVEREN, W. A. **A physical activity questionnaire for the elderly.**
Medicine Science Sports & Exercise, Dallas, TX, v.29, suppl.6, p.S117-21, jun.,1997.

YOUNGSTEDT, S.D. **Effects of Exercise on Sleep.** Clin Sports Med 2005; 24:355 -
365.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Questionário de Baecke Modificado para Idoso (QBMI)
Tradução do Questionário Modificado de Baecke para idosos (VOORRIPS *et al.*, 1997)

Código do participante: _____ **Data de coleta:** ___ / ___ / ___

Escore: _____

ATIVIDADE DA VIDA DIÁRIA

1. Você realiza algum trabalho doméstico em sua casa?
 0. nunca (menos de uma vez por mês)
 1. às vezes (somente quando um parceiro ou ajuda não está disponível)
 2. quase sempre (às vezes com ajudante)
 3. sempre (sozinho ou junto com alguém)
2. Você realiza algum trabalho doméstico pesado (lavar pisos e janelas, carregar lixo, etc.)?
 0. nunca (menos que 1 vez por mês)
 1. às vezes (somente quando um ajudante não está disponível)
 2. quase sempre (às vezes com ajuda)
 3. sempre (sozinho ou com ajuda)
3. Para quantas pessoas vocês faz tarefas domésticas em sua casa? (incluindo você mesmo, preencher 0 se você respondeu nunca nas questões 1 e 2) _____
4. Quantos cômodos você tem que limpar, incluindo, cozinha, quarto, garagem, banheiro, porão (preencher 0 se respondeu nunca nas questões 1 e 2).
 0. nunca faz trabalhos domésticos
 1. 1-6 cômodos
 2. 7-9 cômodos
 3. 10 ou mais cômodos
5. Se limpa algum cômodo, em quantos andares? (preencher se respondeu nunca na questão 4).
6. Você prepara refeições quentes para si mesmo, ou você ajuda a preparar?
 0. nunca
 1. às vezes (1 ou 2 vezes por semana)
 2. quase sempre (3 a 5 vezes por semana)
 3. sempre (mais de 5 vezes por semana)
7. Quantos lances de escada você sobe por dia? (1 lance de escadas tem 10 degraus)
 0. eu nunca subo escadas
 1. 1-5
 2. 6-10
 3. mais de 10
- 71
8. Se você vai para algum lugar em sua cidade, que tipo de transporte utiliza?
 0. eu nunca saio
 1. carro
 2. transporte público
 3. bicicleta
 4. caminhando
9. Com que frequência você faz compras?
 0. nunca ou menos de uma vez por semana (algumas semanas no mês)
 1. uma vez por semana
 2. duas a 4 vezes por semana
 3. todos os dias

10. Se você vai para as compras, que tipo de transporte você utiliza?

0. Eu nunca saio

1. Carro

2. Transporte público

3. Bicicleta

4. Caminhando

ATIVIDADES ESPORTIVAS

Você pratica algum esporte?

Esporte 1:

Nome: _____

Intensidade: _____

Horas por semana: _____

Quantos meses por ano: _____

Esporte 2:

Nome: _____

Intensidade: _____

Horas por semana: _____

Quantos meses por ano: _____

ATIVIDADES DE LAZER

Você tem alguma atividade de lazer?

Atividade 1:

Nome: _____

Intensidade: _____

Horas por semana: _____

Quantos meses por ano: _____

72

INSTRUÇÕES

Informações sobre esportes e outras atividades do tempo de lazer, são extraídas quanto o tipo de atividade, duração (horas por semana), frequência (número de meses por ano), e a intensidade que a atividade foi normalmente realizada. A intensidade da atividade foi codificada baseada no trabalho de Bink et al. Estes códigos de intensidade são códigos sem unidade que foram originalmente baseados em gasto energético.

CÁLCULOS

A pontuação do questionário é dada como segue:

Escores das atividades diárias = (soma dos escores obtidos nas dez questões ÷ 10).

Escores do esporte = o produto dos códigos para intensidade, horas por semana e meses por ano para cada atividade somada entre todas as atividades.

Escores para as atividades de tempo de lazer = calculados similarmente aos escores do esporte.

Nota: desde que os escores do questionário não têm unidades inerentes (por exemplo, kcal/min, etc.), eles são designados a ser divididos dentro de quantias para propostas de classificação geral dentro da amostra dos quais os dados foram obtidos.

EXEMPLO

Escores do lar: A soma dos valores das respostas das 10 primeiras questões. Se as respostas de uma pessoa são como segue (número da questão: valor da resposta):

1:2, 2:2, 3:2, 4:3, 5:1, 6:3, 7:1, 8:1, 9:1, 10:1, a soma dos valores das respostas seria $2+2+2+3+1+3+1+1+1+1 = 17$. Os escores do lar seriam então $17 \div 10$, ou 1,7.

Escores do esporte (ver tabela de códigos)

Boliche

Intensidade: o código é 0.890 (do n. 6: em pé, movimentos corporais e andar)

Horas por semana: 1-2 h/semana. Isto seria codificado como 1.5.

Meses por ano: 6meses/ano. Isto seria codificado como 0.42.

Natação

Intensidade: o código é 1.890.

Horas por semana: 2-3 h/sem. Isto seria codificado como 2.5.

Meses por ano: 10mês/ano. Isto seria codificado como 0.92.

Escores do esporte: $(0.89 \times 1.5 \times 0.42) + (1.89 \times 2.5 \times 0.92) = 0.561 + 4.347 = 4.91$

Escore do lazer

Nota: este escore é calculado da mesma forma do escore do esporte, usando os mesmos códigos para intensidade e duração.

Fazer tricô

Intensidade: o código é 0.297 (do número 2: sentado, movimentos de mãos ou braços).

Horas por semana: 10h/sem. Este seria codificado como 8.5.

Meses por ano: 12 mês/ano. Isto seria codificado como 0.92.

Escore do lazer = $0.297 \times 8.50 \times 0.92 = 2.32$

73

Escore do questionário = escore do lar + escore do esporte + escore do lazer = $1.70 + 4.91 + 2.32 = 8.93$

Códigos para o questionário

Código de intensidade

0: deitado, sem carga - 0.028

1: sentado, sem carga - 0.146

2: sentado, com movimentos de mãos e braços - 0.297

3: Sentado, com movimentos corporais - 0.703

4: Em pé sem carga - 0.174

5: Em pé com movimentos de mãos e braços - 0.307

6: Em pé, com movimentos corporais, caminhando - 0.890

7: Caminhando, com movimentos corporais - 1.368

8: Caminhando, movimentos corporais, pedalar, nadar - 1.890

Horas por semana

1: Menos que 1h/sem 0.5

2: 1 < 2h/sem 1.5

3: 2 < 3h/sem 2.5

4: 3- <4/sem 3.5

5: 4 - <5h/sem 4.5

6: 5 - <6h/sem 5.5

7: 6 - <7h/sem 6.5

8: 7 - < 8h/sem 7.5

9: 8 ou mais horas por semana 8.5

Meses por ano

1: Menos do que 1 mês/ano 0.04

2: 1-3 meses/ano 0.17

3: 4-6 meses/ano 0.42

4: 7-9 meses/ano 0.67

5: mais do que 9 meses por ano 0.92

APÊNDICE B: Ficha de Cadastro – Anamnese

Nome: _____

Número de Identificação: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ anos

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Telefone: _____

Ocupação principal: _____ Estado civil: _____

ANAMNESE

Renda Salarial: _____

Tabagismo: _____ Cigarros/Dia: _____ Álcool: _____ Frequência: _____

Doenças crônicas degenerativas

prevalentes: _____

Uso regular de medicamentos. Quais: _____

MINI -QUESTIONÁRIO DE SONO

Mini-sleep Questionnaire (MSQ) (Zomer *et al*, 1985)

Versão traduzida por F. A. Loe e S. Tavares. (2000).

Por favor, assinale o número que melhor descreve a sua resposta	Nunca	Muito raramente	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
1. Você tem dificuldade em adormecer à noite?	1	2	3	4	5	6	7
2. Você acorda de madrugada e não consegue adormecer de novo?	1	2	3	4	5	6	7
3. Você toma remédio pra dormir ou tranquilizante?	1	2	3	4	5	6	7
4. Você dorme durante o dia? (sem contar cochilos ou sonecas programadas)	1	2	3	4	5	6	7
5. Ao acordar de manhã, você ainda se sente cansado(a)?	1	2	3	4	5	6	7
6. Você ronca à noite (que você saiba)?	1	2	3	4	5	6	7
7. Você acorda durante à noite?	1	2	3	4	5	6	7
8. Você acorda com dor de cabeça?	1	2	3	4	5	6	7
9. Você sente cansaço sem ter nenhum motivo aparente?	1	2	3	4	5	6	7
10. Você tem sono agitado? (mudanças constantes de posição ou movimentos de pernas / braços)	1	2	3	4	5	6	7

Escore total da escala: 10-24 = Sono bom; 25-27 = Sono levemente alterado; 28-30 = Sono moderadamente alterado; acima de 30 = Sono muito alterado.

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB**



COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PROPRIETARIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Prof.ª Dra. Dornácia Pedrosa da Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DO RELATOR: (4)

Número do protocolo emitido para parecer: 0404.0.133.2012

Data da relatoria: 19 de novembro de 2012

Apresentação do Projeto:

O Projeto é intitulado "Perfil do nível de atividade física e qualidade do sono de idosos institucionalizados na cidade de Surubim - PE." O estudo é para fins de elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso de Licenciatura Plena em Educação Física.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivo geral: investigar as relações do nível de atividade física com distúrbios do sono em idosos institucionalizados da cidade de Surubim – PE.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Considerando a justificativa e os aportes teóricos e metodologia apresentados no presente projeto, e ainda considerando a relevância do estudo as quais são explícitas suas possíveis contribuições, percebe-se que a mesma não trará riscos aos sujeitos a serem pesquisados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Será realizada uma pesquisa aplicada, quantitativa, descritiva e transversal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Todos os termos encontram-se devidamente anexados.

Recomendações: Na próxima folha de rosto lembrar que a instituição proponente é a UEPB, então cabe a assinatura da administração onde o professor pesquisador é lotado. Não pode ser colocado no instrumento local para colocar nome do sujeito a ser pesquisado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Situação do parecer:

Aprovado ()

Pendente ()

Retirado () – quando após um parecer de pendente decorrem 60 dias e não houver procura por parte do pesquisador no CEP que o avaliou.

Não Aprovado ()

Cancelado () - Antes do recrutamento dos sujeitos de pesquisa.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍB/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Prof.ª Dra. Doralícia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa