Doenças relatadas em homens e mulheres, sedentários e ativos, adultos jovens e idosos

Alberto De Vitta[1]
Anita Liberalesso Neri[2]
Carlos Roberto Padovani[3]

[1]Curso de Fisioterapia, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Sagrado Coração (USC), Bauru, São Paulo.
[2]Professora Titular na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, São Paulo, onde ensina e pesquisa sobre Psicologia da Vida Adulta e da Velhice.
[3]Professor Titular do Departamento de Bioestatística do IB – UNESP – Botucatu, São Paulo.

Recebido em: 17/12/03.
Aceito em: 22/12/04.

DE VITTA, Alberto; NERI, Anita Liberalesso; PADOVANI, Carlos Roberto. Doenças relatadas em homens e mulheres, sedentários e ativos, adultos jovens e idosos. *Salusvita*, Bauru, v. 24, n. 1, p. 55-64, 2005.

RESUMO

A literatura especializada e a prática profissional mostram que existe associação entre bem-estar físico, gênero, idade e prática de atividade física. Este estudo teve como objetivo comparar homens e mulheres, adultos jovens e idosos, sedentários e ativos, em relação à proporção de ocorrência de doenças relatadas. Duzentos voluntários participaram, formando, assim, dois grupos com 100 indivíduos cada, um de 20 a 35 anos e o outro de 60 e 70 anos, cada um com 50 homens e 50 mulheres, metade sedentária e metade ativa. Foi aplicado um questionário visando ao levantamento da prática de atividades físicas e das doenças relatadas. As proporções de ocorrências foram comparadas por meio dos testes de contrastes entre e dentro de populações binomiais. Os resultados indicaram que as mulheres, independentemente da idade e do envolvimento com atividades físicas, e os idosos sedentários apresentaram maior número

de doenças relatadas. Avaliações de saúde são importantes mediadores da qualidade de vida e esta é afetada pela prática de atividades físicas, por isso, incentivá-las é promover desenvolvimento e envelhecimento bem-sucedidos.

PALAVRAS-CHAVE: atividade física; idade; gênero; doenças relatadas

DE VITTA, Alberto; NERI, Anita Liberalesso; PADOVANI, Carlos Roberto.
Doenças relatadas em homens e mulheres, sedentários e ativos, adultos jovens e idosos.
Salusvita, Bauru, v. 24, n. 1, p. 55-64, 2005.

INTRODUÇÃO

As pesquisas sugerem que doença – quaisquer disfunções fisiológicas ou psicológicas, acompanhadas ou não de sintomas e sinais – são importantes causas de declínios no bem-estar físico e psicossocial em todas as idades (STEINHAGEN-THIESSEN; BORCHELT, 1999).

A doença na população idosa possui características comuns a outras idades, assim como alguns aspectos que são típicos dessa fase da vida. A taxa de doenças letais é muito maior entre os homens idosos do que entre as mulheres idosas, pois entre as quais predominam as doenças não-fatais, mas incapacitantes e crônicas (osteoporose, artrose, problemas de coluna e hipertensão). Entre os homens prevalecem as doenças isquêmicas do coração.

As mulheres idosas têm taxas mais altas de morbidade, no entanto exibem taxas de mortalidade mais baixa, do que os homens, para as mesmas moléstias (CAMARANO et al., 1999; NÉRI, 2001).

Nos adultos jovens, as principais doenças são as músculo-esqueléticas, sendo – atualmente, para população economicamente ativa na faixa de 20 a 40 anos – as lesões por esforços repetitivos ou os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT) as de maior prevalência. Nos Estados Unidos, em 1994, houve 332 mil casos, representando 65% de todas as doenças. No Brasil, a situação é provavelmente similar a dos países industrializados. No *Centro de Referência em Saúde do Estado de São Paulo* (*CEREST*), dentre as amostras de 620 pacientes atendidos, entre 1990 e 1995, 87% eram mulheres e 45% tinham entre 26 e 35 anos de idade (BRASIL, 2000).

Nos últimos anos, os profissionais da saúde têm enfatizado o papel preventivo da atividade física, a qual pode ser definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos e que resulte em energia expandida, incluindo o exercício, o esporte, o trabalho e as atividades domésticas (BOUCHARD; SHEPHARD; STEPHENS, 1993).

A prática regular de atividade física, juntamente com o não consumo de cigarro e de álcool, alimentação adequada, intervenções médicas, por exemplo, com drogas que reduzem a pressão arterial e o

colesterol, vínculo social, senso de controle e de auto-eficácia e crescimento pessoal contínuo são fatores que influenciam a qualidade de vida dos indivíduos. Pessoas ativas apresentam menor número de doenças crônicas degenerativas, vida mais longa e menor número de sintomas do que as pessoas inativas (MOREY et al., 1996). De Vitta, Néri e Padovani (2003) estudaram as relações entre desconfortos músculo-esqueléticos percebidos e nível de atividade física em 200 adultos jovens e idosos, de ambos os sexos, ativos e sedentários, e notaram que os idosos, as mulheres e os sedentários apresentaram maiores freqüências de desconfortos nos últimos seis meses e sete dias.

Entre as doenças cuja incidência e agravamento são reduzidos pela atividade física estão as cardiovasculares, a hipertensão, o diabetes, a osteoporose e certos tipos de câncer (HUANG et al., 1998; KOO; ROHAN, 1999). Coupland, Wood e Cooper, (1993) afirmam que a atividade física é um fator de proteção funcional em todas as idades, possibilitando melhor qualidade de vida para homens e mulheres. Estudos epidemiológicos mostraram que há uma relação inversa entre atividade física e prevalência de doenças hipocinéticas, pois essa regula melhor a densidade óssea e diminui as perdas ósseas, bem como o risco de fraturas.

Wannamethee, Shaper e Alberti (2000) examinaram as relações entre atividade física e incidência de doenças coronarianas e diabetes em 5.159 sujeitos na faixa etária entre 40 e 59 anos. Notaram que a prática de atividades físicas regulares, de intensidade moderada, está associada à diminuição dos diabetes e do risco de doenças coronarianas. Chien et al. (2000) investigaram a relação entre o nível de atividade física e densidade óssea em 76 mulheres pós-menopausa na faixa etária de 42 a 65 anos e perceberam que as mulheres ativas apresentaram melhores níveis de densidade óssea do que as inativas.

As evidências empíricas mostram indicações claras a respeito da importância de estudos sobre doenças relatadas e nível de atividade física em homens e mulheres de diferentes faixas etárias. Os benefícios propiciados pela atividade física, praticada com regularidade, incentivam os indivíduos a atingirem a comunidade em que estão inseridos, seja porque têm mais chance de serem atuantes e produtivos, ou porque causam menos eventuais doenças e incapacidades à sociedade. São muito importantes, também, os efeitos educacionais dessas pessoas, pois podem funcionar como modelos de desenvolvimento e de envelhecimento bem-sucedidos para os semelhantes.

Dessa forma, o objetivo proposto para esta investigação foi comparar homens e mulheres, adultos jovens e idosos, sedentários e ativos, à proporção de ocorrência de doenças relatadas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Participaram da amostra de conveniência 200 pessoas, divididos em dois grupos, com 100 participantes em cada um, e por idade: o primeiro grupo de adultos jovens, de 20 a 35 anos; o outro, de idosos, com idade entre 60 e 70 anos. Cada grupo foi composto por 50 mulheres e 50 homens. Outro fator para estudo foi o tipo de envolvimento com a atividade física, e, assim, em cada subgrupo de gênero (50 sujeitos) a metade dos sujeitos era ativa e a outra metade, sedentária. Para a inclusão no grupo de ativos, o critério foi de participação ininterrupta em atividade física, preferencialmente aeróbia, nos últimos seis meses, praticada por duas ou mais vezes por semana e durante mais de 20 minutos por dia. Segundo Sallis, Hovell e Hofster (1992), estas condições são suficientes para induzir nos sistemas cardiovascular e músculo-esquelético adaptações consistentes com os ganhos associados à prática regular de atividade física aeróbia. Nenhum dos sujeitos era atleta de elite, nem esportista profissional. O critério para inclusão no grupo de sedentários foi o de não-participação em alguma atividade física aeróbia no decorrer dos últimos seis meses.

Por exigência do objetivo do estudo, todos os sujeitos deveriam estar em ocupações que envolviam, predominantemente, atividades sedentárias há mais de um ano. O critério para classificar os sujeitos como sedentários no trabalho foi a estimativa de consumo calórico exigido no trabalho, ou seja, terem um gasto energético menor ou igual a 180 kcal/hora (COUTO, 1995).

As doenças relatadas foram descritas por meio da pergunta: qual(is) doença(s) você tem no momento atual? A questão apresentava as seguintes opções: doenças cardíaca, hepática, renal, pulmonar, músculo-esqueléticas, diabetes e outras. A aplicação dos instrumentos foi feita em sessões programadas, com a anuência dos responsáveis institucionais trabalhistas e com a concordância dos participantes, que foram informados previamente sobre os objetivos do estudo e sobre os aspectos éticos.

Para as comparações das proporções de ocorrências de doenças, segundo gênero, faixa etária e nível de atividade física, foi utilizado o teste de Goodman (1964; 1965). O nível de significância adotado para a análise dos dados foi de 5% para todas as comparações realizadas.

RESULTADOS

Dos 200 indivíduos estudados, 109 não indicaram qualquer tipo de doença e 91 indicaram. Dentre estes, 8 eram adultos jovens, 17

adultas jovens, 20 idosos e 46 idosas. Observou-se que, em todos os grupos estudados, as doenças músculo-esqueléticas ocorreram com maior freqüências que as demais. Entre os idosos, a taxa de doenças cardíacas é comparável para homens e mulheres e é comparável a taxa de doenças músculo-esqueléticas relatadas pelos homens.

Na TABELA 1 nota-se predominância de relatos de doenças nas idosas, ocorrendo o contrário nos idosos. No gênero masculino a ausência de relatos é significativamente superior a presença destes. Nos adultos jovens do sexo feminino, ao considerar-se o grupo de sedentários, a ocorrência de relatos foi significativa.

TABELA 1 – Resultados do teste de contrastes para as comparações intra e intergrupos entre as proporções de ocorrência e de não-ocorrência de doenças segundo gênero, idade e prática de atividade física.

Gênero	Grupos de idade	Prática de atividade física	Doenças		Nível de significância das diferenças
			Ausentes	Presentes	
Masculino	Adultos jovens	Sedentários	0,680	0,320	p<0,05*
		Ativos	0,920	0,080	p<0,05*
	Idosos	Sedentários	0,640	0,360	p<0,05*
		Ativos	0,840	0,160	p<0,05*
Feminino	Adultos jovens	Sedentários	0,360	0,640	p<0,05*
		Ativos	0,520	0,480	p<0,05*
	Idosos	Sedentários	0,240	0,760	p<0,05*
		Ativos	0,160	0,840	p<0,05*

Comparações intergrupos	Doenças	
	Ausentes	Presentes
(Sedentários X Ativos)/MAJ	p<0,05*	p<0,05*
(Sedentários X Ativos)/MI	p>0,05	p>0,05
(Sedentários X Ativos)/FAJ	p>0,05	p>0,05
(Sedentários X Ativos)/FI	p>0,05	p>0,05
(Adultos jovens X Idosos)/MS	p>0,05	p>0,05
(Adultos jovens X Idoso)/MA	p>0,05	p>0,05
(Adultos jovens X Idoso)/FS	p>0,05	p>0,05
(Adultos jovens X Idoso)/FA	p<0,05*	p<0,05*
(Masculinos X Femininos)/AJS	p<0,05*	p<0,05*
(Masculinos X Femininos)/IS	p<0,05*	p<0,05*
(Masculinos X Femininos)/AJA	p<0,05*	p<0,05*
(MasculinosX Femininos)/IA	p<0,05*	p<0,05*

*Significativos

MAJ: masculinos adultos jovens
MI: masculinos idosos
FAJ: femininos adultos jovens
FI: femininos idosos
MS: masculinos sedentários
MA: masculinos ativos
FS: femininos sedentários
FA: femininos ativos
AJS: adultos jovens sedentários
AJA: adultos jovens ativos
IS: idosos sedentários
IA: idosos ativos

Em relação à comparação entre os gêneros, independentemente de faixa etária e prática de atividade física, as diferenças de respostas mostraram-se sempre significativas. Fato semelhante ocorreu na comparação de adultos jovens com idosos nos ativos femininos e na comparação de sedentários e ativos nos masculinos adultos jovens.

DISCUSSÃO

Conforme relatos dos sujeitos, independentemente da idade e do envolvimento com atividades físicas, as mulheres idosas e não idosas relataram mais doenças do que os homens. Um dado praticamente universal é que as mulheres são fisicamente mais frágeis, mas vivem mais do que os homens, vantagem que pode ser parcialmente atribuída às diferenças em doenças que acometem uns e outros. Há várias explicações para a maior longevidade e a maior morbidade entre as mulheres. Uma delas é genética: as mulheres seriam hereditariamente já favorecidas, além de protegidas pelo fator hormonal por boa parte da vida adulta, motivo pelo qual sofreriam menos doenças coronarianas e hipertensão. A outra é dada por diferenças no sistema hipotalâmico-pituitário-adrenal (HPA). Nas mulheres há um aumento nos níveis de cortisol e corticotropina e, conseqüentemente, um declínio no HPA, principalmente na faixa etária de 62 a 83 anos (GREENSPAN et al., 1993).

Outra hipótese para explicar padrões de longevidade e saúde diferentes entre homens e mulheres está relacionada a fatores sociais. Até certo ponto as mulheres seriam relativamente mais preservadas do que os homens dos riscos inerentes ao trabalho, ao tabagismo, ao alcoolismo e à violência. No entanto, como em geral são mais pobres e com menor escolaridade, têm maior chance de viverem sozinhas e, além disso, têm que ajudar a família, cuidando do cônjuge, dos mais velhos, da casa e das crianças. Ou seja, as mulheres são mais frágeis e tendem a ser mais oneradas, o que piora sua qualidade de vida (NÉRI, 2001).

Estudos comparativos com pessoas de várias idades demonstraram que as doenças ocorrem com maior freqüência na população idosa do que entre os adultos jovens. Dados do *National Center for Health Statistics* revelaram que 55% dos indivíduos com mais de 65 anos apresentaram doenças cardiovasculares, sendo a hipertensão mais prevalente, com taxas de cerca de 35% (SCHAIE; WILLIS, 1996). Estudos epidemiológicos demonstraram que a prevalência de hipertensão entre os idosos brasileiros é elevada: 65% dos idosos

são hipertensos e, entre as mulheres com mais de 75 anos, a prevalência é de 80% (Terceiro Consenso…, 1998).

O aumento de doenças associadas ao envelhecimento pode ser explicado pelos fatores psicológicos (integração social e controle pessoal), os ambientais (*status* social e autonomia) e o estilo de vida. Perda de *status* social, diminuição da percepção de controle e ausência de contato com outras pessoas podem provocar aumento dos níveis de cortisol e, conseqüentemente, um declínio no sistema HPA e elevação dos níveis de glicocorticóides (GC), séricos de glicose e de lipídios, de imunossupressores e do tônus cardiovascular, aumentando o risco de doenças (FINCH; SEEMAN, 1996). Quanto ao estilo de vida, medidas como dieta equilibrada, não fumar, praticar exercícios regularmente e manutenção do peso ideal têm sido preconizadas como elementos importantes na prevenção de doenças cardíacas, músculo-esqueléticas, cânceres, diabetes, entre outras (FERRUCCI et al., 1999).

Os dados da presente investigação revelaram associação entre o nível de atividade física e doenças para homens e mulheres jovens e para homens idosos, confirmando as hipóteses iniciais. No entanto, no caso específico das mulheres idosas, as ativas relataram mais doenças do que as sedentárias, contrapondo-se ao resultado esperado. Talvez este resultado se explique pelas características sociais dessa sub-amostra. As idosas foram recrutadas em Universidades de Terceira Idade e centros de convivência, que hoje, no Brasil, são espaços privilegiados de afirmação da identidade e de busca de direitos para mulheres de classe média baixa. As maneiras que essa clientela encontra para fazê-lo são: atividade, produtividade e auto-afirmação, que muitas vezes resultam em negação da própria velhice e de seus limites. Talvez uma parte da amostra não tenha relatado problemas de saúde por esse motivo. Para as que relataram, as doenças não são motivos suficientes para impedir-lhes as participações, pelo contrário, acreditam que a velhice é um estado de espírito e que os problemas físicos são devidos a fatores biológicos e ao estilo de vida, portanto podem ser disfarçados ou remediados por meio de atividades físicas e sociais (NÉRI, 2001).

A atividade física é um importante componente de programas destinados à promoção de saúde e é comumente prescrita com o objetivo de melhorar, manter e prevenir doenças do sistema músculo-esquelético, crônicas cardiovasculares, diabetes, entre outras. Pesquisas com animais, estudos observacionais com humanos e estudos verticais comparando indivíduos ativos e sedentários, visando verificar como a atividade física reduz o risco de doenças cardiovasculares e melhora a função do miocárdio após o infarto, rela-

tam que os principais mecanismos consistem na redução da pressão sangüínea, aumento dos níveis de colesterol HDL, do aporte de oxigênio no miocárdio e da sensibilidade à insulina; decréscimo da freqüência cardíaca e da pressão sangüínea sistólica; redução do risco de trombose devido ao decréscimo de adesão e agregação plaquetária, da promoção de fibrinólise e redução de arritmias ventriculares (LEON; NORSTRON, 1995).

Em relação à osteoporose, a atividade física reduz a velocidade da perda óssea devido ao envelhecimento normal e provoca um aumento da massa óssea, independentemente de gênero, idade ou nível de densidade óssea inicial. Uma das explicações refere-se à hipertrofia a que o osso responde quando ultrapassa o seu limiar de "stress". Há uma resposta local à carga mecânica a que é submetido, enquanto o sistema esquelético, como um todo, responde aos níveis de cálcio. O mecanismo que leva a formação óssea é decorrente das cargas negativas que se formam no segmento comprimido, quando o osso é tensionado (OKUMA, 1997).

Acrescentando-se os resultados obtidos nos dados da pesquisa aos existentes na literatura obtêm-se indicativos de que a presença de doenças é determinada por grande variedade de fatores genético-biológicos, ambientais e de estilo de vida, os quais afetam, de modo diferente, homens e mulheres de várias idades. Por esse motivo, pesquisas são necessárias para examinar os fatores intrínsecos e ambientais associados a gênero e idade, as quais poderão servir como base para o desenvolvimento de intervenções que visem à manutenção da saúde na população.

Agradecimentos: CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

REFERÊNCIAS

1. BOUCHARD, C; SHEPHARD, R. J.; STEPHENS, T. *Physical activity, fitness, and health*: consensus statement. Champaign, IL: Human Kinetics, 1993.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo de investigação, diagnóstico, tratamento e prevenção de lesão por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

3. CAMARANO, A. A. et al. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Muito alem dos 60*: os novos idosos brasileiros. Rio Janeiro: IPEA, 1999.

4. CHIEN, M. Y. et al. Physical activity, physical fitness, and osteopenia in postmenopausal Taiwainese women. *J Formos Med Assoc.*, v. 99, n. 1, p. 11-17, 2000.

5. COUPLAND, C.; WOOD, D.; COOPER, C. Physical inactivity is an independent risk factor for hip fracture in the elderly. *Journal of Epidemiology Community Health*, v. 47, p. 441-443, 1993.

6. COUTO, H. A. *Ergonomia aplicada ao trabalho*: manual técnico da máquina humana. Belo Horizonte: Ergo, 1995.

7. VITTA, A. de; NERI, A. L.; PADOVANI, C. R. Nível de atividade física e desconfortos músculo-esqueléticos percebidos em homens e mulheres, adultos e idosos. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v. 7, n. 1, p. 42-52, 2003.

8. FERRUCCI, L. et al. Smoking, physical activity and active life expectancy. *Am. J. Epidemiol.*, v. 149, p. 645-653, 1999.

9. FINCH, C. E.; SEEMAN, T. E. Stress theories of aging. In: BENGTSON, V. L.; SCHAIE, K. W. (Ed.). *Handbook of theories of aging*. New York: Springer Publishing, 1996.

10. GREENSPAN, S. L. et al. The pituitary-adrenal glucocorticoid response is altered by gender and disease. *Journal of Gerontology*: Clinical Medicine, v. 48, M72-M77, 1993.

11. GOODMAN, L. A. Simultaneous confidence intervals for contrasts among multinomial populations. *Annals of mathematical statistics*, v. 35, n. 2, p. 716-725, 1964.

12. _____. On simultaneous confidence intervals for multinomial proportions. *Technometrics*, v. 7, n. 2, p. 247-254, 1965.

13. HUANG, Y. et al. Physical fitness, physical activity, and functional limitation in adults aged 40 and older. *Medicine & Science in Sport & Exercise*, v. 30, n. 9, p. 1.430-1.435, 1998.

14. KOO, M. M.; ROHAN, T. E. Comparison of four habitual physical activity questionnaires in girls aged 7-15 yr. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, v. 31, n. 3, p. 421-427, 1999.

15. LEON, A. S.; NORSTRON, J. Evidence of the role of physical activity and cardiorespiratory fitness in the prevention of coronary heart disease. *Quest*, v. 47, p. 311-319, 1995.

16. MOREY, M. C. et al. Five-year performance trends for older exercisers: a hierarchical model of endurance, strength, and flexibility. *Journal American Geriatrics Society*, v. 44, p. 1.226-1.231, 1996.

17. NERI, A. L. Qualidade de vida e envelhecimento na mulher. In: _____. *Desenvolvimento e envelhecimento*: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas: Papirus; 2001.

18. OKUMA, S. S. *O significado da atividade física para o idoso:* um estudo fenomenológico. 1997. Tese (Mestrado)–Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

19. SALLIS, J. F.; HOVELL, M. F.; HOFSTER, R. Predictors of adaptation and maintenance of vigorous physical in men and women. *Preventive Medicine,* v. 21, n. 2, p. 237-251, 1992.

20. SCHAIE, K. W.; WILLIS, S. L. *Adult development and aging*. New York: Haper Collins, 1996.

21. STEINHAGEN-THIESSEN, E.; BORCHELT, M. Morbidity, medication, and functional limitations in very old age. In: BALTES, P. B.; MAYER, K. U. *The Berlin Aging Study Aging from 70 to 100*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

22. TERCEIRO Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. *Sociedade Brasileira de Hipertensão, Cardiologia e Nefrologia*. São Paulo, 1998.

23. WANNAMETHEE, S. G.; SHAPER, A. G.; WALKER, M. Physical activity and mortality in older men with diagnosed coronary heart disease. *Circulation,* v. 102, n. 2, p. 1.358-1.363, 2000.

DE VITTA, Alberto; NERI, Anita Liberalesso; PADOVANI, Carlos Roberto.
Doenças relatadas em homens e mulheres, sedentários e ativos, adultos jovens e idosos.
Salusvita, Bauru, v. 24, n. 1, p. 55-64, 2005.

Reported illnesses in men and women, physically active and inactive, young adults and aged people

Alberto De Vitta[1]
Anita Liberalesso Neri[2]
Carlos Roberto Padovani[3]

[1]Course of Physical Therapy, Post-Graduated Program in Collective Health. University of the Sacred Heart (USC), Bauru, São Paulo.
[2]Professor, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, São Paulo.
[3]Professor, Department of Biostatistics at the IB – UNESP – Botucatu, São Paulo.

DE VITTA, Alberto; NERI, Anita Liberalesso; PADOVANI, Carlos Roberto. Reported illnesses in men and women, physically active and inactive, young adults and aged people. *Salusvita*, Bauru, v. 24, n. 1, p. 65-74, 2005.

ABSTRACT

Specialized literature and professional practice have showed a strong association between physical and subjective well-being, gender, age, and regular physical activity. This study was aimed for comparing men and women, young and older adults, active and sedentary people. The subject were 200 voluntary, set in two groups containing 100 individuals each, matched by age. In the first group from 20 to 35 and in the second from 60 to 70, each group had 50 men and 50 women, 50% of sedentary people and the other 50% active. A questionnaire was addressed for a survey of the practice of physical activity and reported illnesses. Data were submitted to descriptive statistics and tests of contrasts of binomial populations (GOODMAN). The results were that independently of age and enrollment in regular physical activity, physically inactive women and aged people showed the greatest rates of diseases. Assessments of health are important mediators of quality of life, which is affected by regular practice of physical activities. Improving this practice means promoting successful development and successful aging.

Received on: December 17, 2003.
Accepted on: December 22, 2004.

KEY WORDS: Physical activity; Gender; Age; Reported Illnesses