

Qualidade de vida em idosos ativos e sedentários

Quality of life in active and sedentary elderly

Renata Selvatici Borges Januário¹; Helio Serassuelo Junior²; Mateus Calabresi Liutti³; Diogo Decker³; Mario Molari⁴

¹Mestre em Educação Física – UEL/UEM, Docente no curso de Nutrição e Educação Física – UNOPAR. Londrina, PR – Brasil.

²Doutor em Educação Física – USP, Docente no curso de Esporte/UEL e Educação Física – UNOPAR. Londrina, PR – Brasil.

³Bolsista FUNADESP – Graduado em Educação Física – UNOPAR. Londrina, PR – Brasil.

⁴Mestrando em Educação Física – Centro Institucional Moura Lacerda, Docente no curso de Educação Física – UNOPAR. Londrina, PR – Brasil.

Endereço para correspondência

Renata Selvatici Borges Januário
R. Osamu Saito, 223 – Royal Golf Residence
86055-547 – Londrina – PR [Brasil]
januariorenata@uol.com.br

Local da pesquisa: Londrina (PR), Brasil.

Resumo

Objetivo: Analisar a qualidade de vida de idosos participantes e não participantes de programas de exercícios e determinar os fatores que predizem essa participação. **Métodos:** A amostra foi composta por 102 idosos (média de idade $69,1 \pm 6,7$), sendo dividida em: grupo atividade física (GAT), constituída por idosos praticantes de exercícios a mais de seis meses e o controle (GC), composto por não praticantes de atividade física sistematizada nos últimos seis meses precedentes ao experimento. O instrumento SF-36, versão curta, foi utilizado para conhecer a percepção da qualidade de vida. As diferenças entre os dois grupos foram analisadas pelo teste Mann Whitney e, por regressão logística, estimaram-se a influência dos domínios do SF-36 e as variáveis socioculturais ($p < 0,05$). **Resultados:** Observou-se que as pontuações obtidas pelo GC foram inferiores em praticamente todos os domínios do SF-36. **Conclusão:** Idosos participantes de programas de exercícios têm melhor percepção de qualidade de vida, principalmente quando analisados os componentes relacionados à capacidade funcional e aspectos sociais.

Descritores: Exercício físico; Idoso; Qualidade de vida.

Abstract

Objective: To analyze the quality of life in active and sedentary elderly and determine the factors that predicts their participation in exercises programs. **Methods:** A hundred and two elderly (mean age 69.1 ± 6.7 years) were divided into two groups: GAT, including the elderly inserted on a training program over than six months, and GC the control group made up of non-practicing. It was used a Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) as a measure of quality of life. The differences between the two groups were analyzed by Mann Whitney test and multiple logistic regression estimated independently each transformed SF-36 scale ($p < 0,05$). **Results:** It was observed that the scores obtained by GC were lower than most of domains of SF-36. **Conclusion:** Active elderly have better perception of quality of life, especially when analyzed the components related to functional capacity and social features.

Key words: Elderly; Exercise; Quality of life.

Introdução

Nas últimas décadas, a população de idosos vem aumentando de maneira expressiva em todo o mundo, tendo em vista a melhora nas condições gerais de vida e avanços consideráveis na ciência e na tecnologia. Nesse sentido, o Brasil destaca-se por apresentar grandes taxas de crescimento da população acima de 60 anos, com projeções para 2025 de 32 milhões de pessoas idosas¹.

Em razão desse aumento do número de idosos no país, em detrimento dos demais segmentos etários, a importância de pesquisas e estudos que viabilizem ao idoso não só uma sobrevivência, mas também melhor qualidade de vida, tornou-se fundamental, levando a comunidade científica e os profissionais da área da saúde a uma preocupação crescente com a qualidade desse envelhecimento².

A população mundial está envelhecendo, isso é um fato recente que, além de apresentar causas multifatoriais, se manifesta de maneira diferente em países desenvolvidos e nos em desenvolvimento; entretanto, suas consequências são igualmente importantes do ponto de vista social e psicológico, uma vez que influenciam a adoção de políticas públicas e mudanças na atitude em relação a essa crescente parcela da população³.

Embora esse crescimento da população idosa seja um importante indicativo de melhoria da qualidade de vida, o processo de envelhecimento está relacionado a perdas significativas nas capacidades físicas, podendo provocar importante declínio da capacidade funcional e redução da autonomia, haja vista a diminuição fisiológica das diferentes funções associadas à presença de distúrbios patológicos e, consequentemente, da capacidade de trabalho físico⁴.

Sendo assim, a velhice é de uma fase esperada na vida das pessoas, mas quando chega, o idoso acaba sofrendo modificações no seu papel na sociedade, e além da perda de amigos e familiares, há substituição de suas ocupações profissionais e o aparecimento de doenças crônicas⁵.

O conceito de qualidade de vida vem sendo discutido desde 1970⁶. Atualmente, ele se torna mais abrangente, na perspectiva de uma visão multifatorial relacionada à autoestima e ao bem-estar pessoal e está submetido a múltiplos pontos de vista, de acordo com variáveis, tais como cultura, nível socioeconômico, estado emocional^{7,8}. Dessa forma, Vecchia et al.² destacam que na população idosa, a qualidade de vida abrange uma série de aspectos, como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade.

Vários estudos no Brasil e no mundo discutem o conceito de qualidade de vida, termo esse que, por muitas vezes, é confundido com estilo ou condições de vida. Apesar das inúmeras discussões sobre o conceito dessa palavra, sua definição ainda não é uniforme. Para entender o que é qualidade de vida, deve-se diferenciá-la do estado de saúde do indivíduo por meio de três dimensões principais: saúde mental, função física e social. Para determinar o estado de saúde de uma pessoa, o fator mais importante a ser observado é a função física, e para caracterizar a qualidade de vida é preciso considerar também sua saúde mental e seu bem-estar psicológico e social⁹.

Partindo desse pressuposto, a qualidade de vida tem um aspecto subjetivo, sendo possível mensurá-la somente se entendidas as necessidades e as reflexões que o indivíduo faz de si mesmo perante seu presente, seu passado e seu futuro. Para o idoso, de uma forma geral, os agentes estressores podem ser de diferentes características, como a aposentadoria, a morte de entes queridos, o isolamento social. Assim, investigar a qualidade de vida em idosos é observar o quanto cada fator pode afetá-los, ou seja, como o indivíduo percebe as situações e como se comporta¹⁰.

Até os dias de hoje, não existe um consenso na literatura sobre quais itens devem ser avaliados para supor que um indivíduo se apresenta em um padrão aceitável de qualidade de

vida. Os instrumentos são genéricos, e os mais comuns avaliam apenas de forma global os aspectos mais importantes relacionados à qualidade de vida¹¹.

Pimenta et al.⁹ observam que existe uma tendência atual em enfatizar a subjetividade na avaliação do constructo qualidade de vida. As metodologias de avaliação da qualidade de vida baseiam-se em trabalhos, tanto qualitativos como quantitativos. Os primeiros com técnicas de biografias e histórias. E os quantitativos tendem em construir instrumentos multidimensionais. Em ambos os casos, são comuns à utilização de questionários e a realização de entrevistas com o próprio sujeito, as quais apresentam resultados comparáveis.

Para tentar atender esses indicadores pertencentes à qualidade de vida, foi desenvolvido na década de 80, nos Estados Unidos, um instrumento de avaliação denominado Short Form-36, que parece ser sensível e capaz de avaliar a qualidade de vida de idosos, principalmente porque já se mostrou adequado às condições socioeconômicas, e culturais da população brasileira, quando traduzido e validado¹².

O SF-36 é um questionário multidimensional, composto por 36 itens, e engloba oito dimensões do indivíduo, a saber: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e emocionais, saúde mental e avalia ainda a percepção comparativa do indivíduo entre as condições de saúde atual e de um ano atrás^{13, 14}.

Atualmente, é consenso entre os profissionais da saúde que a manutenção de um estilo de vida ativo, é um fator determinante para o sucesso do processo de envelhecimento. Frazer, Christense e Griffiths¹⁵ observam que programas de exercícios físicos, podem ser valiosos na melhoria de aspectos ligados à qualidade de vida do idoso, tendo em vista seus benefícios tanto no condicionamento físico geral quanto nos componentes da composição corporal, mas, sobretudo, nas modificações positivas dos quadros de depressão, ou seja, aspectos psicológicos e comportamentais do praticante.

Dessa forma, a prática regular de exercícios físicos poderá atuar na manutenção dos níveis de reserva funcional, sendo um dos fatores que possibilitará ao indivíduo envelhecer com boa qualidade de vida, proporcionar manutenção da autonomia e bem-estar, até mesmo em idosos de idades mais avançadas¹⁶.

Sendo assim, a saúde funcional do idoso depende da interação multidimensional entre saúde física e mental, independência na vida diária, interação social, suporte familiar e independência econômica. Qualquer uma dessas dimensões, uma vez comprometidas, pode afetar o bem-estar do idoso como um todo¹⁷.

Além disso, é importante destacar, que a velhice, mais do que as outras faixas etárias, é um período da vida em que a heterogeneidade está muito presente. O estilo de vida adotado, a prática de exercícios sistematizados, bem como as condições de vida de cada um, além do nível socioeconômico e cultural, fazem com que os indivíduos envelheçam em condições mais favoráveis, propiciando-lhes não só a percepção de uma melhor qualidade de vida, mas também permitindo, de forma contundente, que ela realmente exista.

Partindo dessa análise, o objetivo neste estudo é analisar o nível de qualidade de vida entre idosos participantes e não participantes de programas de exercícios físicos e identificar os fatores que podem predizer essa participação.

Métodos

Amostra

A amostra neste trabalho de caráter descritivo transversal foi composta por idosos de ambos os sexos, participantes e/ou iniciantes em dois projetos com objetivos socioculturais no Município de Londrina (Paraná), conhecidos como Estudo sobre Envelhecimento em Londrina (EELO) – um projeto de característica epidemiológica dos fatores sócio-demográficos e indicadores das condições de saúde de idosos, desenvolvido pela Universidade Norte do Paraná (Unopar) e o AtivAidade – um progra-

ma vinculado à Secretaria do Bem-Estar Social da prefeitura da região, cujo objetivo principal é promover a inserção social do idoso e a prática da atividade física orientada.

Foram selecionados 102 idosos, na faixa etária de $69,17 \pm 6,76$, de ambos os sexos, que aceitaram participar voluntariamente do estudo. Como critério de inclusão, os indivíduos deveriam ter vida independente. Em seguida, a amostra foi dividida em dois grupos, a saber: Grupo Atividade Física (GAT / $n=64$), composto por participantes de programas de exercícios físicos a mais de seis meses, e o Grupo Controle (GC / $n=38$), no qual os sujeitos não estavam envolvidos em nenhum programa regular de exercícios físicos, ou seja, eram recém integrados, iniciantes nos projetos sociais.

Os voluntários, após serem esclarecidos sobre a proposta do estudo e os procedimentos aos quais seriam submetidos, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, conforme as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, quanto aos aspectos éticos e legais para pesquisas com seres humanos. Este estudo foi aprovado pelo Comitê em Ética e Pesquisa da Universidade Norte do Paraná, sob o protocolo nº PP 070/09.

Informações socioculturais

Para identificação do nível sociocultural, foi realizado um questionário com informações sobre sexo, idade, nível de escolaridade, nível socioeconômico e profissão dos participantes.

Avaliação da percepção da qualidade de vida

Para avaliar a percepção da qualidade de vida e suas dimensões, foi utilizado o instrumento SF-36 (*SF-36 Medical Outcomes Study, Short Form – 36*), versão curta, com adaptação e validação brasileira de Ciconelli¹⁴. Esse questionário possibilita analisar oito dimensões voltadas ao estado de saúde: função física e social, percepção de dor corporal, saúde geral, vitalida-

de, limitações devido à saúde emocional, física e mental, além de permitir a percepção comparativa da saúde atual com a de um ano anterior.

Destaca-se que esse instrumento apresenta uma escala quantitativa de valores para cada dimensão que varia entre zero e 100 pontos, o valor “zero” representando o pior resultado, e o “100”, o estado perfeito de saúde.

Todas as entrevistas ocorreram no local da realização dos respectivos projetos.

Análise estatística

Inicialmente, o teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para a análise da distribuição dos dados. Em seguida, usou-se a estatística descritiva para descrever os resultados médios com seus respectivos desvios para as variáveis antropométricas e das dimensões do Instrumento SF-36. O teste de qui-quadrado foi empregado para determinar as diferenças proporcionais nas variáveis socioculturais entre os grupos GAT e GC. As diferenças entre esses dois grupos para as dimensões do SF-36 foram analisadas pelo teste não paramétrico de Mann Whitney (*U value*). Uma regressão logística foi utilizada para estimar a influência das variáveis socioculturais e das dimensões do SF-36 (variáveis independentes) na variância da variável dependente (participação em Atividade Física como variável dicotômica). Os dados foram processados no pacote estatístico SPSS, versão 17.0, o critério de significância estabelecido para todas as análises foi de $P < 0,05$.

Resultados

A análise descritiva dos valores obtidos no estudo para as variáveis antropométricas e socioculturais é apresentada na Tabela 1. Pode-se observar que os resultados descritos pelo IMC foram estatisticamente diferentes entre o GAT e o GC. Nas variáveis sociais e culturais, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas somente na análise de gênero e escolaridade.

Tabela 1: Características sócio-demográficas e antropométricas da amostra subdividida em Grupo Atividade Física e Grupo Controle

	Grupo Atividade Física (GAT) N = 64		Grupo Controle (GC) N = 38	
Idade	68,3±6,46		70,5±7,18	
Peso (Kg)	68,0±11,81		71,1±16,33	
Estatura (cm)	1,60±0,07		1,58±0,08	
IMC (kg/E²)	26,4±4,12		28,2±5,77*	
	N	%	N	%
Gênero				
Masc.	9	15%	9	24%
Fem.	55	85%	29	76%*
Estado civil				
Casado	32	50%	17	45%
Solteiro-Viúvo-Separado	32	50%	21	55%
Escolaridade				
Analfabeto	8	13%	17	45%*
Fundamental	37	58%	19	50%
> Ensino Médio	19	29%	2	5%*
Profissão				
Aposentado	47	73%	34	89%
Outro	17	27%	4	11%

* p<0,05.

Nos dois grupos analisados a proporção feminina é predominante, com uma relação de aproximadamente 80% da amostra. Entretanto, no GAT esse predomínio é ainda maior com 85% de participantes do sexo feminino, contra apenas 15%, do masculino. A variável escolaridade também se mostrou significativa entre os grupos ($\chi^2 = 4,35$; $p = 0,021$), observou-se que o GAT apresentou um percentual mais homogêneo entre as três escalas de escolaridade, fato esse não percebido no GC, em que apenas 5% da amostra tinha nível de escolaridade acima do Fundamental.

De uma forma geral, os componentes do GAT são ligeiramente mais novos que os do GC, apresentando um menor Índice de Massa Corpórea (IMC), e um nível de escolaridade su-

perior. Verificou-se também que ambos os grupos têm 50% de seus integrantes vivendo com o companheiro, com aproximadamente 80% da amostra vivendo atualmente aposentada.

Na Tabela 2, estão descritos os resultados dos dados obtidos pelo Instrumento SF-36, bem como a análise estatística dos valores médios atribuídos pelo GAT e GC. Observa-se que as pontuações obtidas pelo GC são inferiores em praticamente todos os domínios do SF-36, o que se verifica pelas diferenças estatisticamente significativas para todas as análises, com exceção das dimensões limitações físicas e limitações emocionais.

Tabela 2: Análise das diferenças na percepção da qualidade de vida dos idosos subdivididos em Grupo Atividade Física (GAT) e Grupo Controle (GC)

Domínios	GAT	GC	U	P
Capacidade funcional	83,03 ± 14,83	67,68 ± 27,67	825,5	0,006
Limitações físicas	82,09 ± 32,01	67,21 ± 41,44	982,5	0,10
Dor	73,03 ± 28,06	42,44 ± 31,24	558,5	0,0005
Saúde geral	78,65 ± 20,08	58,18 ± 19,41	516,0	0,0001
Vitalidade	73,43 ± 20,87	57,84 ± 22,84	744,5	0,011
Aspectos sociais	85,37 ± 20,32	59,07 ± 23,50	507,5	0,0001
Limitações emocionais	84,37 ± 31,40	77,19 ± 40,34	980,5	0,55
Saúde mental	74,75 ± 19,45	62,10 ± 22,06	807,1	0,004

Esse resultado é importante na medida em que apresenta o GAT com uma melhor percepção de saúde, fato esse que está descrito principalmente na dimensão “saúde geral”, com uma média de 78 pontos, contra apenas 58, do GC. A maior média obtida para as dimensões do SF-36 foi 85 pontos do GAT para a dimensão “aspectos sociais”, e a menor 42 pontos pelo GC, para a dimensão “dor”.

Os resultados obtidos com o modelo de regressão logística estão apresentados na Tabela 3.

Neste modelo, observa-se que a idade (OD=2,32), a capacidade funcional (OD=3,31) e os aspectos sociais (OD=7,50) são fatores preditores do fato de o indivíduo pertencer ao GAT.

Na Tabela 3, observa-se que a dimensão “aspectos sociais” apresenta-se como uma forte preditora para o idoso pertencer a projetos associados à prática da atividade física. No caso específico desta variável, observa-se que elevados índices para essa dimensão possibilitariam, em aproximadamente sete vezes, a chance de o indivíduo pertencer a programas de exercícios físicos.

Discussão

Qualidade de vida é uma noção subjetiva, eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação, encontrada na vida familiar, amorosa, social, cultural, independentemente da idade e do nível socioeconômico¹⁸. No Brasil, vários estudos têm tentado discutir os conceitos de qualidade, estilo e condições de vida, com instrumentos adequados. Sendo assim, a concepção de qualidade de vida deve ser analisada na considerando-se três dimensões: saúde mental, função física e social⁹. Analisar esse constructo em uma perspectiva unilateral é incorrer no erro de aceitar que o indivíduo possa

ser desmembrado do seu “eu” social, biológico e cultural.

Destaca-se que, neste estudo, houve predomínio do sexo feminino na amostra, demonstrando talvez que esse gênero, nessa faixa etária, procure mais os projetos para sua inserção social. Também foi observado que o GAT tem um maior número de sujeitos com a escolaridade acima do nível fundamental, o que pode ser uma importante variável para inclusão de pessoas idosas em programas de exercícios físicos.

Nesse sentido, Nunomura¹⁹ observa que, em levantamentos realizados no Brasil, o sexo feminino, o nível socioeconômico e a escolaridade são fatores preponderantes na aderência à prática de atividades físicas por essa parcela da população. Sendo predominante para a inserção em programas de exercícios o maior nível socioeconômico e a escolaridade.

Joia, Ruiz e Donalisio²⁰ realizaram um estudo com idosos, no interior de São Paulo, e a amostra apresenta as mesmas particularidades do estudo aqui apresentado. Dos entrevistados, 59,7% (n=218) dos idosos eram do sexo feminino. A maioria dos voluntários de sexo masculino estava casada (76,9%, n=113), enquanto que no sexo feminino essa proporção foi 43,6% (n=95). Houve predominância de idosos aposentados (61,9%), e destes, 18,4% ainda permaneciam no mercado de trabalho.

Tabela 3: Análise da Regressão Logística, demonstrando as variáveis associadas à prática de exercícios físicos

Variáveis	B	S. E.	Significância	OR	95% CI
Sexo	0,23	0,97	0,80	0,06	0,19 – 8,23
Idade	0,08	0,05	0,12	2,32	0,97 – 1,21
Estado civil	-1,26	0,85	0,13	1,62	0,96 – 1,09
Capacidade funcional	-0,03	0,01	0,06	3,31	0,93 – 1,00
Limitações físicas	0,01	0,01	0,38	0,75	0,99 – 1,02
Percepção da dor	-0,16	0,01	0,21	1,56	0,96 – 1,00
Saúde geral	-0,02	0,01	0,15	1,89	0,93 – 1,01
Vitalidade	0,02	0,02	0,29	1,10	0,98 – 1,06
Aspectos sociais	-0,06	0,02	0,01	7,50	0,88 – 0,98
Limitações emocionais	0,01	0,01	0,96	0,01	0,98 – 1,01
Saúde mental	0,04	0,02	0,07	3,18	0,99 – 1,08



Na análise dos dados obtidos com a aplicação do SF-36, pode-se observar que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos estudados, GAT e GC. Essas diferenças foram vistas nos resultados do instrumento SF-36 em praticamente todas as suas dimensões. O grupo que pratica exercícios físicos (GAT) apresentou uma melhor percepção na qualidade de vida, quando comparado ao GC. Fato esse também descrito no estudo realizado por Mota et al.²¹, quando da análise comparativa de grupos de idosos praticantes e não praticantes de atividades físicas. Neste estudo, o grupo que realizava atividade física obteve em todas as dimensões do instrumento SF-36 valores superiores às obtidas no GC, sendo traduzidas em diferenças estatisticamente significativas.

No estudo de Resnick e Spellbring²², também foi observado que idosos praticantes de atividades físicas apresentam maior tendência em associar a prática de exercícios com uma melhor qualidade de vida. Oliveira²³ cita que são cinco os fatores para o idoso ter saúde: vida independente, casa, ocupação, afeição e comunicação. A prática regular de exercícios físicos minimiza os declínios da capacidade funcional, necessária para que o idoso tenha uma vida independente e, sobretudo, possa melhorar sua condição de saúde.

Spirduso²⁴ destaca haver uma relação positiva entre a saúde e o bem-estar das pessoas, em que o estado de saúde influencia as sensações de bem-estar as quais, por sua vez, influenciam outros comportamentos relacionados com a saúde. Os sujeitos que têm tais sensações e satisfação pessoal apresentam maior probabilidade de tomar uma atitude para manter sua saúde e prevenir doenças.

Por outro lado, Caromano, Ide e Kerbauy²⁵ destacam em seu estudo que a procura pela prática de exercícios físicos está atrelada à possibilidade real dessa prática, ou seja, que o idoso tenha condições funcionais e sociais para sua inserção. Os autores destacam ainda que todos os participantes associaram a prática de exercícios com a melhora e a manutenção de benefícios físicos. As associações mais frequentes

se referiram a condições físicas discriminadas, como diminuição de dor, melhora do sono e de movimentos. A expressão genérica “sentir-se melhor”, também bastante comum na fala dos participantes, sugere a percepção de melhora no bem-estar geral.

Toscano e Oliveira²⁶ realizaram um estudo com o objetivo de comparar a qualidade de vida em idosos e o nível de atividade física. Utilizaram, para esse propósito, o Questionário IPAQ (nível de atividade física) e o SF-36. Os achados demonstraram que os idosos mais ativos obtiveram os melhores resultados na pontuação das dimensões do SF-36. Os autores concluíram o estudo destacando que a qualidade de vida de idosos que possuem maior nível de atividade física é melhor que a daqueles com menor nível.

Mota et al.²¹ observam que a inserção em programas de atividade física podem contribuir para a qualidade de vida na população idosa, tanto pelo engajamento social, quanto pelo estímulo positivo nos aspectos físicos, o que na prática resulta em maior autonomia. Azpiazu et al.²⁷ analisam esse fato destacando que níveis mais elevados de atividade física parecem intervir de maneira positiva por estarem associados às limitações funcionais que interferem direta ou indiretamente em todos os domínios qualidade de vida relacionada à saúde.

Em outro estudo, realizado na cidade do Porto (Portugal), os idosos inseridos em programas de atividade física apresentaram maiores valores para as dimensões do SF-36, quando comparados ao grupo sem atividade física. Também na Europa, Espanha, com uma amostra de idosos, foi observado que aqueles que estavam inseridos em programas de atividade física apresentavam resultados superiores em quase todos os domínios do SF-36²⁸.

Neste estudo, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em praticamente todas as dimensões do SF-36 entre o GAT e o GC. Os resultados obtidos na análise da regressão logística demonstraram influências positivas para a idade, capacidade funcional e,

principalmente, para os aspectos sociais como preditores do fato de o idoso pertencer a um grupo mais ativo. Esses resultados reforçam a expectativa de que idosos com maior mobilidade funcional e inseridos socialmente têm mais chances de participar de projetos e, com isso, poderiam se tornar ainda mais ativos.

Analisando os achados do estudo de Joia et al.²⁰ a composição final de seu modelo de regressão revelou que a “satisfação com o conforto domiciliar”, “o lazer”, “acordar bem pela manhã”, “fazer três ou mais refeições ao dia”, “não sentir solidão” foram as variáveis que melhor representaram, de todas as estudadas, a satisfação com a vida entre os idosos analisados. Entretanto, os resultados desse estudo revelaram que a maior parte dos idosos não praticava atividade física regular, embora nas análises por blocos de variáveis (regressão), a presença de atividades de grande esforço foi associada à satisfação com a vida.

Benedetti²⁹ realizou um estudo com o objetivo de associar o nível de atividade física e o estado de saúde mental em idosos, seus resultados se assemelham aos achados no trabalho aqui apresentado. Nesse estudo, verificou-se por meio de um procedimento matemático de regressão uma associação significativa e inversa entre a atividade física e o estado de depressão. O *odds ratio* ajustado permitiu aos autores inferir que a atividade física tem conseguido reduzir ou atrasar os riscos de demência, embora não se possa afirmar que a atividade física evite a demência.

Também com resultados semelhantes a este estudo, Rosa et al.³⁰ avaliou um grupo de idosos com o objetivo de investigar a influência de fatores socioeconômicos e demográficos relativos à saúde sobre a capacidade funcional. Por meio de um procedimento de regressão logística, os autores associaram relações sociais, tais como fazer atividade física, ir a teatros, visitar amigos, com as variáveis de limitações funcionais. Os resultados apresentados demonstraram que a capacidade funcional parece traduzir a ideia de vida ativa, contribuindo sobremaneira para a manutenção da própria iniciativa da prática.

Vale destacar, que nesta pesquisa a capacidade funcional apresenta-se como um importante preditor para a inserção na prática de programas de exercícios. Foi observado no estudo de Rosa et al.³⁰ que na avaliação subjetiva da saúde os idosos com maiores limitações e incapacidades funcionais, obtiveram-se as análises mais pessimistas com respeito à saúde. Chama-se a atenção para a importância desses resultados, os quais sugerem que o idoso percebe sua saúde conforme as possibilidades que tem para enfrentar seus problemas. A forma como a pessoa idosa compreende sua vida, suas expectativas e suas preocupações podem influenciar sua saúde e sua autonomia.

Nesse sentido, pode-se observar um consenso de que os programas de exercícios físicos podem intervir de maneira diferenciada nos vários domínios da qualidade de vida dos idosos e que a relação do nível de atividade física com o aumento da percepção dessa qualidade relacionada à saúde se dá de forma diretamente proporcional³¹.

Conclusão

O grupo de idosos analisados tem um predomínio feminino, fato este que facilmente pode ser observado em grupos de terceira idade. Porém, com a subdivisão da amostra em dois grupos, atividade física e sem atividade física, GAT e GC, respectivamente, observou-se uma homogeneidade, ou seja, poucas diferenças antropométricas, sociais e culturais, que pudessem, de certa forma, influenciar os resultados encontrados.

Os idosos inseridos nos programas de atividade física apresentaram um índice médio bastante superior na análise do instrumento SF-36. Essa média foi observada em praticamente todas as dimensões do instrumento, com valores estatisticamente significativos. Esse fato apresenta-se como um importante referencial para constatar a importância da participação de idosos em programas sociais e culturais, com atividades lúdicas, recreativas e motoras.



A análise do modelo de regressão mostrou uma associação positiva entre as variáveis, idade, capacidade funcional e aspectos sociais, sendo consideradas importantes na predição do comportamento do idoso em pertencer a grupos de atividade física. Observa-se ainda que a dimensão dos aspectos sociais foi a variável que apresentou a maior predição para o idoso pertencer a projetos associados à prática da atividade física.

Referências

- Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002.
- Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8(3):246-52.
- Kinsella K. Demographic aspects. In: Ebrahim S, Kalache A, editors. *Epidemiology in old age.* London: BMJ Publishing Group. 1996;32-40.
- Nasri F. O envelhecimento populacional no Brasil – Demografia e epidemiologia do envelhecimento. *Einstein.* 2008;6(Supl 1):S4-S6.
- Penninx BW, Nicklas BJ, Newman AB, Harris TB, Goodpaster BH, Satterfield S et al. Metabolic syndrome and physical decline in older persons: results from the Health, Aging and Body Composition Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2009;64(1):96-102.
- Cohen SR, Mount BM, MacDonald N. Defining quality of life. *Eur J Cancer, New York.* 1996;32:753-4.
- Pozza MS, Ferrari MB, Ferrari MB, Jimenez RN, Carvalho RA. Qualidade de vida em idosos avaliados através do instrumento genérico SF-36. XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba; 2007:1612-1615.
- Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med.* 1993;118(8):622-9.
- Pimenta FAP, Simil FF, Torres HOG, Amaral CFS, Rezende CF, Coelho TO et al. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. *Rev Assoc Med Bras.* 2008;54(1):55-60.
- Luft CDB, Sanches SO, Mazo GZ, Andrade A. Versão brasileira da escala de estresse percebido: tradução e validação para idosos. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(4):606-15.
- Castro M, Caiuby AVS, Draibe AS, Canziani MEF. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Rev Assoc Med Bras.* 2003;49(3):245-9.
- Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999;39(3):143-150.
- Ware JJ, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992;30:473-83.
- Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)” [Tese de Doutorado]. Universidade Federal de São Paulo; 1997.
- Frazer CJ, Christensen H, Griffiths KM. Effectiveness of treatments for depression in older people. *Med J Aust.* 2005;182(12):627-32.
- Mänty M, Heinonen A, Leinonen R, Tormakangas T, Hirvensalo M, Kallinen M et al. Long-term effect of physical activity counseling on mobility limitation among older people: a randomized controlled study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2009;64(1):83-9.
- Balsamo S, Simão R. Treinamento de força para osteoporose, fibromialgia, diabetes tipo 2, artrite reumatóide e envelhecimento. São Paulo: Phorte; 2005.
- Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss, PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2000;5:7-18.
- Nunomura M. Motivos de adesão à atividade física em função das variáveis idade, sexo, grau de instrução e tempo de permanência. *Rev Bras Ativ Fís Saúde.* 1998;3:45-58.
- Joia LC, Ruiz T, Donalisio MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(1):131-8.
- Mota J, Ribeiro JL, Carvalho J, Matos, MG. Atividade física e qualidade de vida associadas à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. *Rev Bras Educ Fís Esp.* 2006;20(3):219-25.

22. Resnick B, Spellbring, AM. Understanding what motivates older adults to exercise. *J Gerontol Nursing*. 2000;26(3):34-42.
23. Oliveira C. Por que asilamos nossos velhos. *Rev Bras Enferm*. 1985;38(1):7-13.
24. Spirduso W. Dimensões físicas do envelhecimento. Porto Alegre: ArtMed; 2005.
25. Caromano FA, Ide MR, Kerbauy RR. Manutenção na prática de exercícios por idosos. *Rev Dep Psicol, UFF*. 2006;18(2):177-92.
26. Toscano JJO, Oliveira ACC. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. *Rev Bras Med Esporte*. 2009;15(3).
27. Azpiazu GM, Cruz JA, Villagrasa F JR, Abanades HJC, Garcia MN, Valero de Bernabe FA. Factors related to perceived poor health condition or poor quality of life among those over 65 years of age. *Rev Esp Salud Public*. 2002;76:683-99.
28. Guallar-Castillon P, Santa-Olalla PP, Banegas JR, Lopez E, Rodriguez-Artalejo F. Physical activity and quality of life in older adults in Spain. *Med Clin*. 2004;123:606-10.
29. Benedetti TRB, Borges LJ, Petroski EL, Gonçalves HT. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(2):1-6.
30. Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes de capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(1):40-8.
31. Koltyn KF. The association between physical activity and quality of life in older women. *Womens Health Issues*. 2001 Nov-Dec;11(6):471-80.

