

Actividade física e qualidade de vida de mulheres idosas da cidade de Florianópolis, Brasil

Giovana Z. Mazo¹
Jorge Mota²
Lúcia H.T. Gonçalves³
Margarida G. Matos⁴
Joana Carvalho²

¹ Universidade do Estado de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde e do Esporte
Florianópolis, Brasil

² Universidade do Porto
Faculdade de Desporto, Portugal

³ Universidade Federal de Santa Catarina
Departamento de Enfermagem
Florianópolis, Brasil

⁴ Universidade Técnica de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana, Portugal

RESUMO

O objectivo deste estudo foi analisar os níveis de actividade física (AF) e a sua relação com a qualidade de vida (QV) de mulheres idosas. A amostra foi composta por 198 mulheres idosas ($73,6 \pm 5,9$ anos), participantes de grupos de convivência para idosos, na cidade de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Os instrumentos de recolha de dados foram: Formulário com dados de identificação; Questionário Internacional de Actividade Física (IPAQ); Questionário de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-bref). Inicialmente, a amostra foi classificada de acordo com os níveis de AF em: menos activo (<150 min/sem) e mais activo (≥ 150 min/sem). Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva, do Teste de Mann-Whitney e da análise de regressão logística binária, adoptando-se um nível de significância de 5%. Os resultados indicaram que as idosas mais activas foram as que apresentaram médias mais elevadas nos domínios psicológicos e físicos de QV, demonstrando melhor QV nesses domínios. Também as idosas que apresentaram um pior resultado no domínio físico da QV têm um risco três vezes maior de serem menos activas fisicamente. Deste modo, estes resultados sugerem que a AF desempenha um papel importante na QV das mulheres idosas.

Palavras-chave: qualidade de vida, actividade física, mulheres idosas

ABSTRACT

Physical activity and quality of life of Brazilian elderly women from Florianópolis city, Brazil

The purpose of this study was to analyze the levels of physical activity (PA) and its relationship with the quality of life (QOL) of elderly women. Sample was composed by 198 elderly women (73.6 ± 5.9 years) participants of coexistence groups for old aged in the city of Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. The data collection instruments were the follow: Form with identification data; International Questionnaire of Physical Activity (IQPA); and the Quality of Life Questionnaire of the World Health Organization (WHOQOL-bref). Initially, sample was classified according to the PA levels in: less active (<150 min. per week) and most active (≥ 150 min. per week). Data were analyzed through descriptive statistics, Mann-Whitney Test and the analysis of binary logistic regression, adopting a level of significance of 5%. The results indicated that the most active elderly were the ones that presented higher averages in the psychological and physical domains of QOL, showing better QOL in these domains. Also the aged women that showed a worse outcome in the physical domain of QOL have a risk three times greater to be less physically active. Thus, these results suggest that AF plays an important role in the quality of life of the elderly women.

Key-words: quality of life, physical activity, elderly women

INTRODUÇÃO

A taxa de crescimento demográfico de indivíduos idosos nos países desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento está a aumentar em curto período de tempo. Estima-se que no ano 2025 o Brasil ocupará o sexto lugar entre os países com maior população idosa em números absolutos, atingindo uma soma de mais de 30 milhões de idosos⁽²⁰⁾.

No Brasil, no período compreendido entre os censos populacionais de 1991 e 2000 a população idosa foi a que apresentou a maior taxa de crescimento, com uma magnitude de 3,86%, superior aos 1,64% apresentados pela população total. Também, nesse período, observou-se um aumento na esperança de vida ao nascer, a qual aumentou de 66,93 para 70,44 anos de idade⁽²¹⁾. Apesar desse aumento, o Brasil apresenta uma perda de anos de vida saudáveis elevada. De facto, em 2003, a expectativa de vida saudável após os 60 anos de idade no Brasil, era de 13 anos para as mulheres e 9,4 anos para os homens⁽²²⁾. No entanto estima-se que para os nascidos em 2003, cerca de 13,5 anos da vida dos homens e 11,1 anos da vida das mulheres, venham a ocorrer em condições precárias com dependência da família ou da sociedade⁽²²⁾. Assim sendo, as situações de vida mais precárias da população também reduzem a expectativa de vida saudável com o avanço da idade.

O aumento do número de anos de vida não saudável e da probabilidade de morte prematura tem uma série de consequências sócio-económicas graves, tais como: o aumento do sofrimento humano, das necessidades de assistência à saúde e dos custos da previdência/seguridade social, e a redução da geração de riqueza⁽²²⁾.

Em relação à expectativa de vida livre de incapacidades funcionais, Camargos et al.⁽¹³⁾ verificaram que as mulheres do município de São Paulo, ao atingirem 60 anos, tinham uma expectativa de vida de 22,2 anos, dos quais 5,8 anos com alguma limitação funcional.

As limitações funcionais podem ocorrer por diferentes factores, dentre eles, o sedentarismo. No Brasil o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Protecção para Doenças Crônicas não Transmissíveis por Inquérito Telefônico – VIGITEL pesquisou 54.369 indivíduos de ambos os sexos, com 18 ou mais anos de idade, sobre os factores de risco para a saúde,

entre eles o sedentarismo, e verificou que em ambos os sexos, a frequência da condição de sedentarismo foi máxima na faixa etária acima dos 65 anos de idade (56,1%), sendo 65,4% para homens e 50,3% para mulheres. Dos indivíduos que praticavam actividade física suficiente no lazer, 12,7% tinham mais de 65 anos, sendo 17,1% dos homens e 10% das mulheres. Os resultados desse estudo mostraram que com o aumento da idade, diminui a prática de actividade física (AF) dos brasileiros e que as mulheres idosas praticam menos AF do que os homens⁽⁵⁰⁾. Assim, medidas de promoção de saúde devem surgir para que aumente o número de anos de vida saudável e a expectativa de vida livre de incapacidades funcionais da população idosa. Entre essas medidas, encontra-se a AF como parte fundamental dos programas de promoção de saúde⁽¹⁰⁾. Existem evidências epidemiológicas que sustentam o efeito positivo de um estilo de vida activo e/ou do envolvimento de indivíduos em programas de AF ou de exercícios físicos na prevenção e na minimização dos efeitos deletérios do sedentarismo e do envelhecimento^(32, 2, 41, 43, 25, 35).

Nos últimos anos, atribui-se cada vez mais importância à dimensão qualitativa da AF, isto é, ao modo como a AF pode afectar positivamente as dimensões mais subjectivas da natureza humana, como sejam o bem-estar e a qualidade de vida⁽³⁰⁾.

Nos últimos anos, um crescente número de estudos têm enfatizado a relação da AF com a QV e o processo de envelhecimento. Alguns resultados encontrados foram: que o exercício físico e a AF estão associados às melhorias em vários aspectos da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) tanto no bem-estar psicológico como na função/ saúde física, em todas as faixas etárias^(9, 12, 23, 38, 47); que existe uma correlação elevada entre a AF e a satisfação com a vida e que os idosos fisicamente activos tendem a revelar atitudes positivas perante o trabalho, têm uma melhor saúde e revelaram uma maior capacidade para enfrentar o estresse e a tensão⁽²⁹⁾; que as mulheres idosas insuficientemente activas, comparadas com as activas, apresentaram um menor nível positivo de QVRS^(42, 49); que o nível de actividade física está associado aos indicadores da qualidade de vida (domínios físico, psicológico, social e ambiental)⁽¹⁵⁾.

Apesar dos estudos acima mencionados, observa-se que o Brasil ainda carece de investigação na temática da actividade física e qualidade de vida em idosos. De facto, os diferentes aspectos da QV e da AF, e dos contextos culturais e sociais dos idosos ainda não foram pesquisados, nomeadamente nos Grupos de Convivência para Idosos, de Florianópolis, Brasil. Assim, este estudo tem como objectivo identificar a relação entre a qualidade de vida e o nível de actividade física das mulheres participantes de Grupos de Convivência para Idosos, em Florianópolis, estado de Santa Catarina, Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS

A população deste estudo foi composta por 2.261 mulheres, com idade igual ou superior a 65 anos, que participavam nos 33 Grupos de Convivência para Idosos nos 12 Distritos da cidade de Florianópolis, SC, Brasil.

Para a definição da amostra adoptou-se um grau de confiança de 95%, com uma margem de erro de 5%, aplicando-se a fórmula do dimensionamento da amostra⁽⁴⁾. Assim, estimou-se que a amostra deveria ser de, pelo menos, 216 idosas. Todavia, a partir de contacto prévio com os Grupos de Convivência, verificou-se que algumas idosas já não participavam mais do grupo, pois tinham mudado de cidade, estavam doentes ou faleceram.

Em função do anteriormente exposto, a amostra deste estudo foi composta por 198 mulheres idosas, de diferentes estratos etários, que participaram em 33 Grupos de Convivência para Idosos nos 12 Distritos da cidade de Florianópolis. A amostra foi probabilística, com a técnica de selecção estratificada proporcional pelo número de mulheres idosas dos Grupos de Convivência, distribuídas nos 12 Distritos de Florianópolis: Centro (18 idosas); Campeche (18 idosas); Canasvieiras (20 idosas); Ingleses do Rio Vermelho (20 idosas); Ribeirão da Ilha (17 idosas); Santo Antônio de Lisboa (16 idosas); Lagoa da Conceição (18 idosas); Barra da Lagoa (14 idosas); São João do Rio Vermelho (13 idosas); Cachoeira do Bom Jesus (13 idosas); Ratonés (14 idosas); e Pântano do Sul (17 idosas).

Instrumentos

Os instrumentos de recolha de dados adoptados foram:

1) Formulário com os dados de identificação - nome, idade, data de nascimento e nome do Grupos de Convivência para Idosos que frequenta e Distrito de Florianópolis;

2) Questionário Internacional de Actividade Física (IPAQ), versão 8, forma longa, reportando uma semana habitual⁽⁵⁾. O IPAQ é um instrumento que permite avaliar a actividade física realizada com intensidade vigorosa, moderada e leve, realizadas, pelo menos, em períodos contínuos de 10 minutos, e estimar o dispêndio energético semanal em actividades físicas relacionadas com o trabalho, transporte, tarefas domésticas, lazer (exercício físico, recreação, esporte...) e o tempo sentado, durante uma semana habitual. Benedetti et al.⁽⁵⁾ verificaram que o IPAQ apresenta bom nível de reprodutibilidade e nível moderado de validade concorrente contra as medidas de referência adoptadas (pedómetro e diário de actividade física), para avaliar o nível de actividades físicas de mulheres idosas.

3) Questionário de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde WHOQOL – Abreviado: o *World Health Organization Quality of Life - WHOQOL* foi desenvolvido por grupos de especialistas em Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, construído através de um método transcultural. O WHOQOL Group desenvolveu o WHOQOL-100 e o WHOQOL abreviado⁽⁴⁸⁾. No Brasil Fleck et al.⁽¹⁷⁾ realizou o teste de campo brasileiro do WHOQOL-bref, numa amostra de 300 indivíduos na cidade de Porto Alegre, RS e concluíram que o instrumento mostrou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste.

O WHOQOL abreviado é uma versão abreviada do WHOQOL-100, composta pelas 26 questões relacionadas aos quatro domínios da qualidade de vida (QV): físico, psicológico, das relações sociais e do meio ambiente. O questionário faz o inventário das actividades desenvolvidas nas duas semanas anteriores das idosas inquiridas.

Procedimentos

Nesta pesquisa foram considerados os aspectos éticos referidos na Declaração de Helsínquia (1986) da Associação Médica Mundial, incluindo a adequada

informação dos participantes em relação ao estudo para manter sua confiabilidade e garantir-lhes o anonimato através da codificação. O consentimento esclarecido por escrito foi obtido dos participantes antes da recolha de dados.

Os dados foram recolhidos pela pesquisadora e bolsistas de pesquisa, previamente treinadas. A aplicação assistida dos instrumentos ocorreu, geralmente, no espaço físico onde habitualmente as idosas de cada Grupo realizavam as suas actividades ou em alternativa, em sala anexa.

Em entrevista anterior à aplicação dos instrumentos, as idosas seleccionadas foram informadas sobre os objectivos da pesquisa, da sua importância, da confidencialidade dos dados pessoais e ainda sobre a aplicação e destino dos dados obtidos. Quando concordavam em participar na pesquisa, as idosas eram convidadas a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, ficando uma via na posse das idosas e outra na da pesquisadora.

Tratamento estatístico dos dados

Para a análise e interpretação do nível de actividade física (AF) das idosas avaliadas por meio do IPAQ, foi utilizado o critério baseado em recomendações actuais de limiares de actividade física que resultam em benefícios para a saúde, classificando como “activos” os indivíduos que praticam, pelo menos, 150 minutos por semana (min/sem) de actividade física, de intensidade moderada e/ou vigorosa^(2, 27, 34). A partir desse critério, a amostra do estudo foi dividida em dois níveis: menos activas (<150 min/sem) e mais activas (≥150 min/sem).

Foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar a normalidade das variáveis (valores das facetas dos Domínios de QV e valores da AF). Este teste apresentou uma curva não normal, com valores inferiores a 0,05. Diante disso, optou-se pelo teste não paramétrico Teste de Mann-Whitney, que possibilita comparar o centro de localização das duas amostras (idosas menos e mais activas), como forma de detectar as diferenças entre as duas amostras correspondentes. Também foi realizada a Análise de Regressão Logística Binária para verificar a associação entre o nível de AF (variável dependente) e os domínios de QV (variáveis independentes). Adoptou-se um nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Na tabela 1 apresenta-se a distribuição da amostra nos domínios da AF (trabalho, transporte, actividades domésticas e lazer) e nos níveis de actividade física (menos e mais activo), conforme período de tempo em minutos por semana (min/sem) gastos pelas idosas em actividades físicas com intensidade moderada e/ou vigorosa, por, pelo menos, 10 minutos contínuos.

Tabela 1. Frequência absoluta (n) e relativa (%) dos sujeitos da amostra, nos diferentes domínios e níveis de AF.

Actividade Física	n	%
Domínios da AF		
AF no Trabalho	6	3
AF no Transporte	44	22
AF Doméstica	80	40
AF Lazer	70	35
Nível de AF		
Menos activa	67	33,8
Mais activa	131	66,2

Verifica-se na Tabela 1 que as actividades físicas domésticas (40.0%) e de lazer (35.0%) são as mais praticadas pelas idosas. A maioria das idosas (66,2%) é considerada mais activa fisicamente, ou seja, praticavam pelo menos, 150 minutos por semana de actividade física de intensidade moderada e/ou vigorosa.

Na Tabela 2, verifica-se o nível de actividade física (menos activo e mais activo) relacionado com os domínios/facetas de qualidade de vida (QV).

Em todos os domínios de QV e na maioria das suas facetas, a média dos escores de QV foi maior para as mulheres idosas classificadas no nível de AF mais activo. No nível de AF menos activo, as médias foram maiores na faceta actividade sexual (domínio das relações sociais), recursos financeiros, serviços de saúde e transporte (domínio do meio ambiente). Entre os domínios de QV, o escore médio mais alto pertenceu ao domínio das relações sociais, tanto para o nível de AF mais activo quanto para o menos activo.

Há a associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre o nível de AF e as facetas dos domínios de QV em: energia, locomoção, actividades da vida diária (AVD) e trabalho (domínio físico); e espi-

Tabela 2. Média (\bar{X}), desvios padrão (DP), mediana (md), intervalo interquartil (IQ) dos domínios de qualidade de vida e suas facetas em função do nível de actividade física (menos activo vs. mais activo)

Domínios/Facetas	Menos Activo				Mais Activo				p
	\bar{X}	DP	md	IQ	\bar{X}	DP	md	IQ	
Físico									
Dor Física	3.3	1.2	3.0	2.0-4.0	3.7	1.3	4.0	2.5-5.0	0.077
Energia	3.4	0.8	4.0	3.0-4.0	3.7	0.9	4.0	3.0-4.0	0.006*
Sono	3.6	0.8	4.0	3.0-4.0	3.6	1.0	4.0	3.0-4.0	0.752
Locomoção	3.3	0.9	3.0	3.0-4.0	3.8	0.7	4.0	3.0-4.0	0.001*
AVD	3.7	0.7	4.0	3.0-4.0	4.0	0.7	4.0	4.0-4.0	0.021*
Tratamento Médico	2.8	1.0	3.0	2.0-3.0	3.2	1.2	3.0	2.0-4.0	0.086
Trabalho	3.5	0.8	4.0	3.0-4.0	3.7	0.7	4.0	4.0-4.0	0.001*
Total	3.4	0.5	3.4	3.0-3.7	3.7	0.6	3.7	3.4-4.0	0.001*
Psicológico									
Sentimentos Positivos	3.1	0.9	3.0	3.0-4.0	3.3	0.9	3.0	3.0-4.0	0.096
Concentração	3.6	0.7	4.0	3.0-4.0	3.6	0.8	4.0	3.0-4.0	0.918
Espiritualidade	3.5	0.9	4.0	3.0-4.0	3.8	0.7	4.0	3.0-4.0	0.006*
Auto-Imagem	3.8	0.9	4.0	3.0-4.0	4.0	1.0	4.0	3.0-5.0	0.022*
Auto-Estima	3.9	0.7	4.0	4.0-4.0	4.1	0.7	4.0	4.0-5.0	0.042*
Sentimentos Negativos	4.2	1.0	4.0	4.0-5.0	4.2	1.0	4.0	4.0-5.0	0.946
Total	3.7	0.5	3.7	3.3-4.0	3.8	0.5	3.8	3.5-4.2	0.018*
Relações Sociais									
Relações Pessoais	4.2	0.7	4.0	4.0-5.0	4.3	0.6	4.0	4.0-5.0	0.110
Suporte Social	4.3	0.5	4.0	4.0-5.0	4.3	0.6	4.0	4.0-5.0	0.638
Actividade Sexual	3.6	0.9	4.0	3.0-4.0	3.5	0.9	4.0	3.0-4.0	0.647
Total	4.0	0.4	4.0	3.7-4.3	4.1	0.4	4.0	4.0-4.3	0.372
Meio Ambiente									
Segurança Física	3.4	0.9	4.0	3.0-4.0	3.5	0.9	4.0	3.0-4.0	0.290
Ambiente Físico	3.8	0.7	4.0	4.0-4.0	3.9	0.7	4.0	4.0-4.0	0.148
Recursos Financeiros	2.6	1.0	3.0	2.0-3.0	2.5	0.9	3.0	2.0-3.0	0.759
Habitação	4.1	0.8	4.0	4.0-5.0	4.2	0.6	4.0	4.0-5.0	0.576
Lazer	2.9	1.1	3.0	2.0-4.0	3.0	1.0	3.0	2.0-4.0	0.577
Informação	2.8	0.9	3.0	2.0-3.0	3.0	1.1	3.0	2.0-4.0	0.278
Serviços de Saúde	3.8	0.9	4.0	4.0-4.0	3.5	1.0	4.0	3.0-4.0	0.053
Transporte	4.0	0.8	4.0	4.0-4.0	3.9	0.8	4.0	4.0-4.0	0.621
Total	3.4	0.5	3.4	3.1-3.7	3.4	0.4	3.4	3.3-3.8	0.794
Questões de QVG									
Avaliação da QV	3.5	0.9	4.0	3.0-4.0	3.6	0.7	4.0	3.0-4.0	0.461
Satisfação com a saúde	3.5	0.9	4.0	3.0-4.0	3.7	0.9	4.0	3.0-4.0	0.104
Total	3.5	0.7	3.5	3.0-4.0	3.7	0.7	3.5	3.5-4.0	0.188

Legenda: AVD= Atividades da Vida Diária; QVG= Qualidade de Vida Geral; QV= Qualidade de Vida
*p<0,05

ritualidade, auto-imagem e auto-estima (domínio psicológico). Ou seja, as idosas mais activas são as que apresentam escores médios mais elevados nos domínios físico e psicológico de QV.

Desse modo, as idosas mais activas apresentam energia suficiente para o dia-a-dia, boa capacidade de locomoção, satisfeitas com a sua capacidade para as AVDs e o trabalho, com a sua auto-imagem e auto-estima elevadas e consideram que suas vidas têm bastante sentido (espiritualidade).

A Tabela 3 mostra o nível de AF (variável dependente) associado aos domínios de QV (variáveis independentes).

Tabela 3. Odds Ratios (OR), intervalo de confiança a 95% (IC95%) para o nível de actividade física (menos activo e mais activo) relativamente aos domínios de qualidade de vida das idosas.

Variáveis Independentes	OR	IC 95%	p
Domínios de QV			
Físico	2.9	1.4-5.5	0.010*
Psicológico	1.6	0.7-3.5	0.240
Relações Sociais	0.9	0.4-2.0	0.812
Meio Ambiente	0.5	0.2-1.3	0.178
QVG	1.0	0.6-1.8	0.981

*QVG= Qualidade de Vida Geral. * p < 0,05*

Na Tabela 3, os resultados indicam associações significativas entre o domínio físico e o nível de AF (menos e mais activo), por isso as idosas que apresentam um pior resultado no domínio físico da qualidade de vida têm um risco três vezes maior de serem menos activas fisicamente.

DISCUSSÃO

No nosso estudo o domínio das relações sociais não se mostrou associado com o nível de AF das idosas. Contudo, nesse domínio de QV, a média foi alta, tanto para o nível de AF mais e menos activo das idosas, demonstrando que elas estão satisfeitas com suas relações pessoais, suporte social e actividade sexual. Já em estudo de Comte⁽¹⁵⁾ com mulheres idosas verificou associação entre o nível AF e o domínio social de QV, sendo que as mulheres activas apresentaram satisfação com o apoio recebido dos amigos e parentes. Num estudo, Stahl et al.⁽⁴⁵⁾ verificaram que o ambiente social é forte indicador para ser fisicamen-

te activo. Assim, para os idosos que receberam baixos níveis de apoio social do ambiente pessoal (como: família, amigos, escola e lugar de trabalho), é duas vezes mais provável que sejam fisicamente inactivos quando comparados com os que tiveram um grande apoio. Tais resultados fortalecem as pesquisas que previamente constataram associação positiva entre apoio social e AF numa variedade de amostras da população, sugerindo que as estratégias para promover maior participação dos idosos na AF precisam focalizar as normas sociais que consideram estilos de vida activos numa extensa gama de circunstâncias.

Actualmente a tendência é aceitar que as características ambientais podem estar consistentemente associadas à AF em várias abordagens^(33, 40). Os factores como o clima, as facilidades de acesso às instalações, o género e o bem-estar podem influenciar na adopção de níveis mais elevados de AF⁽³⁹⁾. Apesar disso, o nosso estudo não detectou diferença estatisticamente significativa ($p=0,794$) entre o nível de AF das idosas e às facetas do domínio do meio ambiente de QV. Contudo, observa-se que as idosas mais activas apresentaram médias mais elevadas nas facetas desse domínio: segurança física, ambiente físico, habitação, oportunidade de lazer, informação, e transporte. Demonstrando assim, maior satisfação nestes aspectos.

Também em estudo com mulheres idosas activas Comte⁽¹⁵⁾ verificou, no domínio ambiental de QV, que elas estavam satisfeitas com o acesso aos serviços de saúde, as oportunidades de adquirir novas informações e de lazer, e com o meio de transporte. Além do domínio do meio ambiente na QV das idosas, outro aspecto é a qualidade de vida geral (QVG), a qual inclui avaliação da QV propriamente dita e satisfação com a saúde. No nosso estudo não se verificou diferença estatisticamente significativa com o nível de actividade física, contudo observou-se que quanto maior era a satisfação com a saúde, melhor era a avaliação da QV.

De facto, a noção de saúde positiva está fortemente associada a um grau de percepção que o indivíduo tem da sua condição física, e a mera ausência de doença não é garantia de uma boa QV ou de saúde. Na diversidade inerente à QV, há um elemento básico e interligado com todos os outros, que é a plena

capacidade para realizar movimentos corporais. A QV pode sofrer uma baixa considerável, caso essa possibilidade de realização motora seja limitada. As dificuldades na locomoção, no manuseio de instrumentos ou na manutenção e na adaptação de posturas nas diferentes tarefas de orientação contribuem para diminuir a autonomia do indivíduo, com previsíveis consequências para a sua QV^(11, 41).

Ao revisar estudos de dose-resposta do exercício físico na vida independente e na QV de idosos, Spirduso e Cronin⁽⁴⁴⁾ verificaram que os resultados mais consistentes foram que a manutenção de níveis elevados de AF por tempo prolongado está relacionada com a vida independente e o retardamento da diminuição da aptidão física e da ocorrência de incapacidades em idosos com idade avançada.

No nosso estudo, observou-se diferença estatisticamente significativa entre o nível de AF e os domínios físico de QV, principalmente nos aspectos relacionados à satisfação com a capacidade de desempenhar as actividades da vida diária (AVDs): de locomoção, para o trabalho e de energia para o dia-a-dia. Também se verificou que as idosas, que apresentam um pior resultado no domínio físico da QV têm um triplo risco de serem menos activas. Acredita-se que isso se deva ao factor independência física, essencial na manutenção da autonomia dos idosos, que por sua vez, depende do nível de AF realizado no dia-a-dia. Um estudo relacionado à capacidade de desempenhar as AVDs, em mulheres com 50 anos ou mais de idade, envolvidas num programa regular de exercícios físicos, avaliou durante um ano 18 actividades relacionadas com as AVDs e verificou que 95% a 98% das AVDs eram realizadas sem nenhum tipo de ajuda ou grau de dificuldade, independentemente da idade cronológica⁽²⁸⁾.

Também ao investigar os efeitos da resistência muscular localizada (RML) dos membros inferiores, superiores e coluna dorsal, visando à autonomia funcional no desempenho das AVDs e na QV, em 114 mulheres idosas, Aragão⁽³⁾ verificou que quanto maior a autonomia das idosas no desempenho das AVDs, melhor é sua QV; e quanto melhor for a performance de resistência muscular localizada maior é a autonomia dessas idosas no desempenho das AVDs. Como parte fundamental das AVDs básicas e das AVDs instrumentais encontra-se a mobilidade ou

locomoção, que é a habilidade para se movimentar de forma segura e independente⁽³⁶⁾. Efectivamente, num estudo sobre a mobilidade de mulheres com 50 anos ou mais de idade, Matsudo⁽²⁸⁾ verificou um alto nível de mobilidade e uma adequada velocidade de caminhada: no período de um ano, a habilidade de caminhada, a realização de actividades domésticas leves e pesadas e a velocidade de caminhar e de subir lanços de escada foram mantidos ou incrementados significativamente nas diferentes faixas etárias. Em estudo com 2.190 idosos, Visser et al.⁽⁵¹⁾ verificaram que a AF reduziu a velocidade do declínio da locomoção, observando-se um efeito benéfico entre os idosos praticantes de esporte e AF, independentemente da presença de doença crónica. Assim sendo, a AF é factor importante para melhorar a capacidade de locomoção dos idosos, pois com o avanço da idade declina a velocidade do andar, o tamanho e a frequência da passada, ocasionado por alterações biológicas, posturais, problemas de saúde e dores nos membros inferiores, entre outros⁽¹⁶⁾.

Allsen et al.⁽¹⁾ colocam que uma pessoa em boa forma física utiliza menos energia para realizar qualquer movimento ou tarefa do que uma pessoa mais frágil. Esse é um aspecto muito importante para a pessoa com idade avançada, quando é natural que apresente um nível mais baixo de energia. Outro aspecto importante a destacar é a relação do nível de actividade física e o domínio psicológico da QV: neste estudo, as idosas mais activas revelaram ter melhor auto-imagem e auto-estima e consideraram que sua vida tem bastante sentido (espiritualidade). Constata-se, pois, que os idosos praticantes de AF apresentam características de personalidade mais positivas do que os idosos não - praticantes. Efectivamente, vários estudos sobre a relação entre a AF e a satisfação de vida mostram que os sentimentos positivos de auto-estima e auto-imagem prevalecem nessa ligação⁽⁷⁾. Além disso, a auto-estima e a auto-imagem têm sido desenvolvidas positivamente com a intervenção de programas de exercícios físicos e desportos, tendo resultados inéditos na QV e no bem-estar mental⁽¹⁸⁾. O exercício físico também está associado ao incremento da alegria, da auto-eficácia, do auto-conceito, da auto-estima, da auto-imagem e da QV⁽⁶⁾.

Assim sendo, grande parte dos estudos publicados apontam uma associação positiva entre a actividade

física e o bem-estar psicológico. A influência da AF no autoconceito e no bem-estar emocional dos idosos é bem evidente⁽¹⁴⁾. Por sua vez, Stephens⁽⁴⁶⁾ concluiu que a associação entre AF e saúde psicológica era particularmente forte para as mulheres e as faixas etárias mais velhas. Ao estudarem mulheres dos 60 aos 88 anos, Hallinan e Schuler⁽¹⁹⁾ verificaram uma discrepância maior na auto-imagem das idosas que não praticavam AF do que nas que praticavam. As pessoas que praticam exercícios com regularidade geralmente dizem que uma das razões para se exercitarem é o fato de “se sentirem bem” exercendo uma actividade física intensa. Parece que as actividades físicas dão a oportunidade de o indivíduo ter uma sensação de sucesso que, por sua vez, reforça positivamente a auto-imagem e a auto-estima⁽¹⁾. A AF surge assim, como um elemento importante para o desenvolvimento da auto-valorização, uma vez que os idosos, ao perceberem que são fisicamente capazes, vivem um sentimento de competência que os leva a acreditar na própria capacidade de realizar tarefas e a ser mais persistentes diante de eventuais insucessos ou situações potencialmente desvantajosas⁽³⁰⁾.

Convém salientar que os idosos com uma visão positiva sobre a velhice são aqueles que procuram manter os papéis para a auto-realização. Essas atitudes positivas desenvolvem-se muito cedo na vida e são influenciadas por múltiplos factores (educação, meios de comunicação social e idade, entre outros). Quando se preocupam com o seu bem-estar biopsicossocial, os idosos interessam-se pelo controle e pela manutenção da própria saúde⁽⁸⁾.

O bem-estar psicológico dos idosos é positivamente associado à actividade física. Tal afirmação resulta da revisão de 38 estudos que analisaram a relação actividade física, envelhecimento e bem-estar psicológico, feita por McAuley e Rudolph⁽²⁹⁾, que constataram: a maioria dos estudos evidenciou uma associação positiva entre tais variáveis, e que os programas de duração mais prolongada demonstraram consistentemente resultados mais positivos. Biddle e Faulkner⁽⁹⁾ analisaram essa revisão, confirmando os resultados de McAuley e Rudolph⁽²⁹⁾. Os efeitos da AF são frequentemente de magnitude moderada e parecem ser independentes do desígnio de pesquisa, idade, sexo, duração da intervenção da AF, medidas

psicológicas e nacionalidade. Também num estudo sobre a AF e a saúde mental de mulheres idosas australianas, Lee e Russell⁽²⁴⁾ verificaram que a AF está associada ao bem-estar psicológico das idosas.

Ao analisar alguns estudos que quantificam a relação da AF com a qualidade de vida das pessoas idosas, Pérez⁽³⁷⁾ concluiu que eles indicam benefícios da AF na melhoria do bem-estar geral e da QV dos idosos. Também Toscana⁽⁴⁹⁾ estudou 238 mulheres idosas que participam de grupos de convivência e encontrou relação significativa entre o nível de AF e a QVRS: as mulheres mais activas apresentaram melhor QV do que as menos activas.

Noutro estudo, Mota et al.⁽³¹⁾ verificaram que os idosos activos têm uma QVRS mais elevada do que os idosos que não praticavam AF, sendo que a participação em programa de AF melhora a QV dos idosos.

Ao investigar a associação entre AF e QV em mulheres idosas que vivem sozinhas ou em asilos, Koltyn⁽²³⁾ verificou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) nas mulheres que vivem independentemente, para a qualidade de vida geral, os domínios de saúde física, as relações sociais e o ambiente, quando comparadas com as mulheres que vivem em asilos. Análises de Correlação revelaram que o nível de actividade física se correlaciona significativamente ($p < 0,05$) com a qualidade de vida geral e o domínio de saúde física, concluindo que o nível de AF está associado com a QV em mulheres idosas.

Nessa perspectiva de resultado encontra-se o trabalho de Maeda et al.⁽²⁶⁾: estudo longitudinal de três anos, com idosos que vivem independentemente nas suas residências, sobre a influência da actividade física diária na QV, mostrou que os idosos que aumentaram a prática de AF apresentaram condições físicas melhores e uma QV constantemente alta. Assim, a manutenção ou o aumento da AF influencia positivamente a QV dos idosos.

CONCLUSÃO

No presente estudo, observou-se que as idosas mais activas foram as que apresentaram médias mais elevadas nos domínios psicológicos e físicos de QV, demonstrando melhor QV nesses domínios. Também se verificou que as idosas, que apresentam um pior resultado no domínio físico da QV têm um triplo risco de serem menos activas.

Diante de tais considerações, constata-se que a AF tem papel importante na melhoria da QV das idosas. Assim, torna-se necessário intervir nessa realidade para que as idosas menos activas se tornem activas e as mais activas continuem no ritmo ou aumentem o seu nível de AF, no intuito de manter ou melhorar a sua QV.

Assim, sugere-se que pesquisas na temática actividade física, qualidade de vida e envelhecimento ocorram em diferentes contextos culturais e sociais dos idosos, pois estas proporcionarão parâmetros para a análise do processo de envelhecimento activo e com QV em determinado contexto sócio cultural, e auxiliarão em propostas de intervenções efectivas, com vista a um envelhecimento activo e saudável, onde o aumento da expectativa de vida seja acompanhado por uma melhora da QV.

CORRESPONDÊNCIA

Giovana Zarpellon Mazo

Rua Procópio Manoel Pires nº 153 aptº 105

Bairro: Trindade - CEP: 88036-090

Florianópolis, SC, Brasil

E-mail: gzmazo@gmail.com

REFERÊNCIAS

1. Allsen PE, Harrison JH, Vance B (2001). *Exercício e qualidade de vida: uma abordagem personalizada*. São Paulo: Manole.
2. American College of Sports Medicine (2006) *Guidelines for exercise testing and prescription*, 7ª Edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.
3. Aragão JCB (2002). *Efeitos da resistência muscular localizada visando a autonomia funcional e a qualidade de vida*. Rio de Janeiro: Universidade Castelo Branco, Ciência de Movimento Humano. (Dissertação de Mestrado).
4. Barbata PA (1999). *Estatística aplicada a Ciências Sociais*. Florianópolis: Editora da UFSC.
5. Benedetti TB, Mazo GZ, Barros MVG (2004). Aplicação do Questionário Internacional de Atividades Físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. *Rev Bras Cien e Mov* 12 (1): 25-33.
6. Berger BG (1989). The role of physical activity in the life quality of older adults. *Am Acad Phys* 22: 42-54.
7. Berger BG, McInman A (1983). Exercise and the quality of life. In: Singer R., Murphey M, Ternnant L (eds.). *Handbook as research on sport, psychology*. New York: Macmillan Publishing Company, 729-760.
8. Berger L, Mailloux-Poirier D (1995). *Pessoa Idosa: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidática.
9. Biddle S, Faulkner G (2002). Psychological and social benefits of physical activity. In: Chan KM, Chodzko-Zajko W, Frontera W, Parker A (orgs.). *Active Aging*. Philadelphia: Lippincott Williams e Wilkins, 30-84.
10. Blair SN (2002). Physical Inactivity: the major public health problem of the new millennium the evidence and strategies for change. In: *Caderno de Resumo do Congresso Desporto, Actividade Física e Saúde: o contributo da ciência e o papel da escola*. Porto: FCDEF, 2-4.
11. Bouchard C, Shephard RJ (1993). Physical activity, fitness and health: the model and key concepts. In: Bouchard C, Shephard RJ, Stephens T (orgs.). *Physical activity, fitness and health: consensus statement*. Champaign, Illinois: Human Kinetics.
12. Brown WJ, Mishra G, Lee C, Bauman A (2000). Leisure time physical activity in Australian women: relationship with well-being and symptoms. *Res Q Exerc Sport*, 71 (3): 206-216.
13. Camargos MCS, Perpétuo IHO, Machado CJ (2005). Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 17(5/6): 379-386.
14. Caspersen CJ, Powell K, Merrit RK (1994). *Measurement of Health Status and Well-being. Physical Activity, Fitness and Health: International Proceedings and Consensus Statement*. Champaign: Illinois: Human Kinetics, 180-203.
15. Comte EMT (2004). *Indicadores de qualidade de vida em mulheres idosas*. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos. Programa de Pós-Graduação em Educação Física (dissertação de mestrado), p.123.
16. Daley M, Spinks W (2000). Exercise, mobility and aging. *Sports Med* 29: 1-12.
17. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V (2000). Aplicação da versão em português do instrumento WHOQOL-bref. *Rev Saude Publica* 34(2):178-83.
18. Fox KR (1997). The physical self and processes in self-esteem development. In: Fox KR (ed.). *The physical self - from motivation to well-being*. Champaign, Illinois: Human Kinetics, 111-139.

19. Hallinan CJ, Schuler PB (1993). Body shape perceptions of elderly women exercisers and no exercisers. *Perceptual and Motor Skills* 77: 451-456.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2001). *Síntese de Indicadores Social, 2000*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2006). *Indicadores Sociodemográficos - Prospectivos para o Brasil 1991-2030*. Disponível em: < www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/publicacao_UNFPA.pdf > [2007 abr 20]
22. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada-IPEA (2008). *Terceira idade e esperança de vida: o Brasil no cenário internacional*. Comunicado da Presidência n.8. Brasília: IPEA.
23. Koltyn KF (2001). The association between physical activity and quality of life in older women. *Womens Health Issues* 11: 471-480.
24. Lee C, Russell A (2003). Effects of physical activity on emotional well-being among older Australian women. Cross-sectional and longitudinal analyses. *J Psychosom Res* 54: 155-160.
25. Lee I, Paffenbarger RS (2000). Associations of light, moderate, and vigorous intensity physical activity with longevity. *Am J Epidem* 151: 293-299.
26. Maeda K, Ohta T, Haga H, Ishikawa K, Osada H (2002). The effects of the daily physical activity in QOL in the elderly. *Nippon Koshu Eisei Zasshi* 49: 497-506.
27. Marshall A, Bauman A (2001). *The Internacional Physical Activity Questionnaire: Summary Report of the reliability & validity studies*. Summary, march.
28. Matsudo SMM (2001). *Envelhecimento & Atividade Física*. Londrina: Midiograf.
29. McAuley E, Rudolph D (1995). Physical activity, aging and psychological well-being. *J Aging Phys Act* 3: 67-96.
30. Mota J (2002). Envelhecimento e exercício - atividade física e qualidade de vida na população idosa. In: Barbanti VJ, Bento JO, Marques AT, Amandio AC (orgs). *Esporte e Atividade Física: interação entre rendimento e qualidade de vida*. São Paulo: Manole, 183-194
31. Mota J, Ribeiro JL, Carvalho J, Matos MG (2006). Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. *Rev Bras Edu Fis Esporte* 20: 219-225.
32. Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, Duncan PW, Judge JO, King AC, Macera CA, Castanedasceppa C (2007). Physical Activity and Public Health in Older Adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation* 28:1-12.
33. Owen NE, Lislle E, Salmon J, Fotheringham MJ (2000). Environmental determinants of physical activity and sedentary behavior. *Exerc Sport Sci Rev* 28: 153-158.
34. Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, Buchner D., Ettinger W, Heath GW, King AC, Kriska A, Leon AS, Marcus BH, Morris J, Paffenbarger RS, Patrick K, Pollock M.L, Rippe JM, Sallis J, Wilmore III (1995). Physical activity and public health: A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA* 273: 402-407.
35. Paterson DH, Stathokostas L (2002). Physical activity, fitness and gender in relation to morbidity, survival, quality of life and independence in older age. In: Shephard RJ (org.). *Gender, Physical Activity and Aging*. Boca Raton, Florida: CRC Press, 99-120.
36. Patla A, Shumway-Cook A (1999). Dimensions of mobility: defining the complexity and difficulty associated with community mobility. *J Aging Phys Act* 7: 7-19.
37. Pérez VR (2001). *Aspectos didáticos de los programas de actividad física en mayores y su relación con al calidad de vida*. In: Camiña FF, Santos JMM (ed.). *Anais do II Congreso de Actividad Física y Deportes para Personas Mayores e I Encuentro Deportivo Internacional de Personas Mayores*. Santiago de Compostela: Verde Ediciones.
38. Rejeski WJ, Brawley LR, Shumaker SA (1996). Physical activity and health-related quality of life. *Exerc Sport Sci Rev* (24):71-108.
39. Rowland T (1998). The Biological Basis of Physical Activity. *Med Sci Sports Exerc* 30: 392-399.
40. Sallis JF, Owen N (1999). *Physical Activity e Behavioural Medicine*. California: Sage Publications.
41. Shephard RJ (2002). *Gender, Physical Activity and Aging*. Boca Raton, Florida: CRC Press.
42. Silva DK (2002). *Atividade física e qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com doenças vascular periférica*. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Mestrado em Educação Física (Dissertação de Mestrado).
43. Spirduso WW (1995). *Physical dimensions of aging*. Champaign, Illinois: Human Kinetics.
44. Spirduso WW, Cronin DL (2001). Exercise dose-response effects on quality of life and independent living in older adults. *Med Sci Sports Exerc* 33: 598-608.
45. Stahl T, Rütten D, Nutbeam D, Bauman A, Kannas L, Abel T, Lüschen G, Rodriguez DJA, Vinck J, Zee JVD (2001). The importance of the social environment for physically active lifestyle- results from an international study. *Social Sci. Med* 52: 1-10
46. Stephens T (1987). Secular Trends in Adult Physical Activity: Exercise Boom or Bust? *Res Q Exerc Sport* 58: 94-105.
47. Stewart AL; Hays RD; Wells K; Rogers WH, Greenfield S (1994). Long-term functioning and well-being outcomes associated with physical activity and exercise in-patients with chronic conditions in the Medical Outcomes Study. *J Clin Epidem* 47: 719-730.
48. The WHOQOL Group (1994). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag, p. 41-60.
49. Toscana JJO (2005). *Atividade física e qualidade de vida relacionada à saúde de idosos do sexo feminino*. Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, Mestrado em Ciências da Saúde (Dissertação de mestrado).
50. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico- VIGITEL (2007). *Estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2006*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.
51. Visser M, Pluijijm SM, Stel VS, Bosscher RJ, Deeg DJ (2002). Physical activity as a determinant of change in mobility performance: the longitudinal Aging Study Amsterdam. *J Am Geriatr Soc* 50: 1774-1781.