

### A IMPORTÂNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO PARA A QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS

Jucicleide Herculano Merquiades<sup>1</sup>,  
 Jucineide Herculano Merquiades Agra<sup>1</sup>,  
 Kamila Maria Dantas Albuquerque<sup>1</sup>,  
 Ruthnea Cordeiro Costa<sup>1,2</sup>,  
 Antonio Coppi Navarro<sup>1,2</sup>

#### RESUMO

O objetivo central deste artigo, descritivo correlacional, foi comparar a percepção da qualidade de vida entre idosos praticantes e não-praticantes de exercícios físicos que freqüentam os programas oferecidos pela UFPB para idosos. **Materiais e Métodos:** A amostra intencional foi constituída por 30 idosos voluntários, com 60 ou mais anos de idade, praticantes e não-praticantes de exercícios físicos. **Resultados:** Os dados foram coletados através de entrevista. Na análise dos dados foi utilizado o pacote estatístico SPSS-10.0 e adotou-se um nível de significância de 5%. Destacam-se as características sócio-demográficas: maior proporção do gênero feminino (55%), aposentados (68,3%), casados (43,3%). O problema de saúde detectado como de maior prevalência foi a hipertensão (60%). Constatou-se que os melhores resultados da percepção da qualidade de vida foram dos idosos praticantes, em comparação aos idosos não-praticantes para todos os Domínios (físico, psicológico, relações sociais, meio-ambiente). **Conclusão:** Conclui-se que os idosos praticantes apresentam melhores resultados tanto em relação ao nível de Atividade Física, quanto nas prevalências de problemas de saúde e, sobretudo na qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Idosos; Qualidade de Vida; Exercícios Físicos; UFPB.

1 – Programa de Pós-Graduação Lato-Sensu da Universidade Gama Filho - Exercício Físico aplicado à Reabilitação Cardíaca e a Grupos Especiais.

2 – Programa de Pós Graduação Stricto Sensu da Universidade de Mogi das Cruzes - UMC.

#### ABSTRACT

The importance of physical exercises to the quality of live the senior

The central objective of this article, correlationaly description, was to compared the perception of the quality of life between senior practitioners and not-practitioners of physical exercises that frequent the programs offered for the UFPB for aged. The intentional sample was constituted by 30 aged volunteers, with 60 or more years of age, practitioners and not-practitioners of physical exercises. The data had been collected through interview. In the analysis of the data were used statistical package SPSS-10.0 and adopted a level of significance of 5%. Are distinguished the partner-demographic characteristics: bigger ratio of the feminine sex (55%), pensioners (68.3%), married (43.3%). The problem of health detected as of bigger prevalence was the hypertension (60%). Evidenced that the best ones resulted of the perception of the quality of life had been of the aged practitioners, in comparison to the aged not-practitioners for all the Dominion (physicist, psychological, social relations, half-environment). Are concluded over all that the aged practitioners present in such a way better resulted in relation to the level of Physical Activity, how much in the prevalence of health problems and, in the quality of life.

**Key words:** Senior; Quality of Life; Physical Exercises; UFPB.

Endereço para correspondência:  
 cleide.mequiades@ig.com.br  
 jucineideagra@hotmail.com.br  
 kamila.albuquerque@uol.com.br  
 ruthneapersonal@hotmail.com.br

Rua Golfo de Guiné 68 – apto 303.  
 Intermars – Cabedelo – Paraíba.  
 58310 - 000.

## INTRODUÇÃO

O aumento da população de idosos vem ocorrendo nos países em desenvolvimento num espaço de tempo mais curto do que em relação aos países desenvolvidos (Mazo, 2006). Este envelhecimento nas regiões menos desenvolvidas do planeta fará com que, possivelmente no ano 2025, dos 11 países de maior população de idosos em números absolutos (todas acima de 16 milhões), a maioria pertença ao terceiro mundo. O Brasil será o sétimo país em números absolutos, com mais de 30 milhões de idosos (IBGE, 2001). As razões que estão levando à alteração demográfica no mundo, dentre outras, são: redução da mortalidade, redução da fecundidade e migração (Mazo, 2006).

A redução da mortalidade sobreveio com a Revolução Industrial, que ocasionou um maior desenvolvimento sócio-econômico das sociedades. Essa redução não foi provocada pelo processo social e econômico, mas sim pela tecnologia avançada (vacinas, antibióticos, remédios, equipamentos, etc.). A queda da fecundidade e sua conseqüente baixa na natalidade, decorrente dos processos de urbanização e industrialização, que facilitou o acesso à educação e saúde vêm contribuindo também para o envelhecimento populacional (Ramos, 2005). Outro fator é a migração provocada pelas pessoas jovens que, à procura de melhores condições de vida, migram para regiões e países mais ricos; quando se deslocam deixam, nas regiões ou países para os quais emigraram, os familiares idosos, aumentando a proporção destes em relação às demais faixas etárias (Paschoal, 2006).

Chaimowics (2008), estabelece que com o aumento elevado do número de idosos, ocorrem modificações no perfil desta população que, ao aumentar sua expectativa de vida, torna mais freqüente o aparecimento de doenças crônico-degenerativas (hipertensão, doença coronariana, diabetes mellitus não insulínico dependente e osteoporose) e também os índices de incapacidade aumentam rapidamente, reduzindo a aptidão dos idosos para a vida independente.

Diversos declínios funcionais decorrentes do aumento da idade são devidos ao estilo de vida adotado, que são extrínsecos

ao envelhecimento e, portanto modificáveis. Desse modo, a adoção de um estilo de vida mais saudável, com o aumento das atividades físicas habituais ou até mesmo a inclusão de exercícios físicos na rotina dos idosos, poderão ser eficazes para um envelhecimento bem sucedido, minimizando as incapacidades associadas ao envelhecimento (Barros Neto, 2007). Por outro lado, o baixo nível de atividades físicas habituais e a falta de exercícios físicos na vida dos idosos podem trazer vários problemas à saúde, dentre os quais se destacam: apatia; perda de força, de flexibilidade, de agilidade; além de poder contribuir para a obesidade, problemas cardiovasculares; assim como gerar problemas sociais; como dificuldade de relacionamento com as pessoas, isolamento, desinteresse, estresse, entre outros (Barros Neto, 2007).

A atividade física é comumente definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos, que resulta num gasto energético acima dos níveis de repouso (Lima, 2002).

A atividade física abarca a totalidade do ser, ultrapassando as melhorias aparentemente só motoras, associando-se aos desenvolvimentos cognitivos, volitivos e sociais (Ramos, 2005).

Enquanto o exercício físico deve ser compreendido como uma das formas de atividade física planejada, estruturada, sistemática, efetuada com movimentos corporais repetitivos, a fim de manter ou desenvolver um ou mais componentes da aptidão física (Lima, 2002).

Estudos experimentais (Lima, 2002) têm sugerido que a prática, de exercícios físicos por parte dos idosos atua na redução de taxas de mortalidade e do risco de desenvolvimento de doenças degenerativas como as cardiovasculares, hipertensão, osteoporose, diabetes, enfermidades respiratórias, dentre outras. São relatados ainda, efeitos positivos da atividade física e exercícios físicos no processo de envelhecimento, no aumento da longevidade, no controle da obesidade e em alguns tipos de câncer (Matsudo e Matsudo, 2001).

Observa-se que os idosos que praticam atividades físicas mostram-se mais abertos, emocionalmente equilibrados, bem humorados com atividades positivas mediante os fatos da vida, o que contribui para o

encontro de uma identidade e uma melhor qualidade de vida (Pellegrinotti, 2008).

Para (Nahas, 2001) qualidade de vida deve ter um conceito amplo, e que deve ser interpretado de modo contínuo, não como uma dicotomia (ter ou não ter qualidade de vida). A qualidade de vida é resultante de inter-relação de fatores que modelam e diferenciam o dia-a-dia dos indivíduos, sob os aspectos das percepções, relacionamentos e pelas situações vivenciadas.

Consideração de importância é a de que os benefícios do exercício são comuns a todos os tipos de atividades físicas, esportivas ou laborativas, desde que, os esforços não sejam excessivos em relação à condição física da pessoa. O exercício é uma forma de sobrecarga para o organismo. Sobrecargas bem dosadas estimulam adaptações de aprimoramento funcional de todos os órgãos envolvidos, mas quando excessivas, produzem lesões ou deterioração da função.

O sedentarismo caracteriza-se por uma ausência de sobrecargas para todo o sistema neuro-músculo-esquelético e metabólico, levando ao enfraquecimento progressivo de estruturas com funções biomecânicas, e a alterações funcionais e estatisticamente se correlacionam com maior incidência ou gravidade de doenças (Beauvoir, 2004).

Com base em estudos epidemiológicos e fisiopatológicos, formou-se o consenso de que os exercícios estimulam a saúde em diversos aspectos e com isso ajudam para o alcance de uma melhor qualidade de vida (Pellegrinotti, 2008).

Dados de estudos que enfatizaram a relação entre atividade física e qualidade de vida demonstram que os idosos mais ativos vivem com maior qualidade de vida e satisfação, onde encontram na prática da atividade física a maneira de terem em suas vidas a ausência de doenças, um bem estar físico e mental, aumento da auto-estima e melhor convívio social, como também maior disposição para a realização das tarefas diárias (Lima, 2002).

### **O Processo de Envelhecimento**

Para classificar melhor o envelhecimento a Organização Mundial de Saúde separa em quatro estágios esta etapa da vida: meia-idade de (45 a 59 anos); idoso:

(60 a 79 anos); ancião: (75 a 90 anos); e, velhice extrema: (90 anos em diante).

O envelhecimento é a alteração irreversível da substância viva em função do tempo (Beauvoir, 2004). A soma de todas as manifestações de desgaste durante a vida, processo biológico em evolução regular múltiplo, que leva, inevitavelmente, à limitação das possibilidades de adaptação do organismo (Barry, 2004), em consequência de alterações que os indivíduos demonstram, de forma característica, com o progresso do tempo da idade adulta, até o fim da vida (Clemente, 2008).

Segundo a definição anterior, o idoso está sujeito a constantes mudanças, referentes aos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, como também tende a enfrentar dificuldades com relação ao estado de saúde e seu ambiente social. Tais mudanças relacionadas aos aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

Assim como o desenvolvimento inicial, o processo de envelhecimento biológico está geneticamente programado e é inevitável, já que praticamente todos os sistemas do corpo decaem, tornando-se mais acelerados a partir dos 70 anos de idade (Clemente, 2008).

Com o avanço da idade ocorrem alterações e perdas em funções do organismo como: cardiovasculares, imunológicas, endócrinas, pulmonares, renais e anatomo-fisiológicas; bem como nos diversos sistemas.

No sistema cardiovascular ocorre o aumento do colágeno, onde no miocárdio há degradação das fibras musculares, com atrofia e hipertrofia das remanescentes; limitação do ATP; aumento da pressão arterial sistólica; maior incidência de aterosclerose; estreitamento do diâmetro das artérias (Clemente, 2008).

De acordo com Hayflick (citado por Mazo e colaboradores 2006), o sistema imunológico tem como objetivo detectar, inativar e eliminar microorganismos e outros corpos estranhos do organismo. Com o processo de envelhecimento as respostas imunológicas se tornam menos eficientes.

Com relação ao sistema endócrino, verifica-se uma redução na produção de hormônios, onde como consequência, pode-se observar a redução da capacidade de recuperação de feridas, traumas cirúrgicos, redução da capacidade de respostas ao estresse do calor e frio e redução da

capacidade de manter a concentração normal de glicose no sangue (Gonçalves, 2005).

Com o envelhecimento, no Sistema músculo-esquelético ocorre uma redução do número de células musculares e da elasticidade dos tecidos, onde o tecido muscular é substituído por colágeno e ocorre diminuição da massa óssea (aos 50 anos, mulheres perdem em torno de 30% e, homens, em torno de 17%); alterações posturais; as costas tendem a ficar arqueada, curvadas e corcunda-cifose; redução na mobilidade articular (Leite, 2006).

No Sistema nervoso observa-se a diminuição do encéfalo em torno de 20% de seu peso, comparando um indivíduo de 20 a um idoso de 90 anos (Mazo, 2006), diminuição e/ou alteração das sinapses nervosas, diminuição das substâncias químicas associadas à atividade neurotransmissora e diminuição dos receptores cutâneos.

Observa-se no sistema respiratório diminuição da elasticidade e complacência dos pulmões pelas modificações nos tecidos colágenos e elásticos; dilatação dos bronquíolos, duetos e sacos alveolares; atrofia dos músculos esqueléticos acessórios na respiração; redução na caixa torácica.

No sistema gastrointestinal ocorre uma diminuição da produção de enzimas e sucos gástricos; diminuição da produção da secreção salivar; diminuição da mobilidade do peristaltismo; atrofia da mucosa gástrica; diminuição da capacidade de absorção de nutrientes (Carvalho Filho, 2006).

Verifica-se que as mudanças fisiológicas que ocorrem com os idosos, fazem parte do processo natural da vida, e as enfermidades são variadas e podem ou não se agravar, onde as mesmas estão relacionadas com a qualidade de vida e a saúde do idoso (Mazo, 2006).

As alterações psicológicas sofrem influência das alterações biológicas que ocorrem no organismo da pessoa idosa. Embora tais alterações não ocorram de maneira igual em todos os seres, já que existem diferenças genéticas e ambientais entre as pessoas de mesma idade.

De acordo com Beauvoir (2004), com a ocorrência do envelhecimento normal, acontecem transformações no comportamento geral do idoso, como: intensificação dos traços de personalidade, fixação no passado, irritabilidade, rigidez, dogmatismo,

desconfiança, aversão ao novo, autoritarismo, depressão, isolamento, diminuição da atividade sexual e busca de satisfações sociais.

Segundo (Mazo, 2006), devido ao declínio do organismo os idosos, dão preferência a atividades que requer menos esforço físico e se interessam por aquelas que se desenvolvem em grupos e em contato com outras pessoas. Ressaltam ainda que, com o passar dos anos, as pessoas desenvolvem uma imagem de si através da estrutura social em que estão inseridas. Criam limites próprios que podem estar acima ou abaixo de sua real capacidade pessoal, muitas vezes, ocasionando ilusões ou frustrações. O prazer de achar, defeitos em si e de se criticar a todo instante, demonstra sua insegurança, insatisfação e culpa, caracterizando uma baixa auto-estima.

A auto-estima, segundo Mosquera (2002), decorre das atitudes positivas ou negativas do ser perante si mesmo, sendo atribuído um valor ao "eu". Esta pode ser alta ou baixa; quando é alta, decorre de experiências positivas com a vida e, quando é baixa, de fatores negativos. A auto-estima está interligada a auto-imagem, sendo uma dependente da outra, e refletem os papéis sociais ocupados pelo indivíduo.

Com o envelhecimento, há tendências na modificação da auto-imagem, e conseqüentemente da auto-estima, tornando-as menos positivas, e que de acordo com Mazo (2006), ainda tais motivos são ignorados.

Portanto, as alterações psicológicas decorrentes da velhice devem ser enfrentadas com uma vida mais saudável, através da preparação e orientação sobre as modificações nesta fase, para que o processo de envelhecimento seja natural e com inúmeras possibilidades, apesar dos limites já citados.

A realidade da velhice no Brasil convive com uma ideologia de velhice segundo a qual esta é considerada como invalidez, doença, incerteza, um período dramático para viver.

Uma análise social da velhice permite apontar como um dado muito significativo o problema da marginalização do idoso em decorrência da aposentadoria, a qual leva o indivíduo a se afastar de sua atividade profissional. Tal desligamento do

trabalho pode se tornar angustiante, pois a falta de ocupação acarreta um sentimento de inutilidade, de exclusão como membro produtivo e útil de seu grupo social. A falta de ter o que fazer aumenta sua marginalização perante si mesmo, a sociedade e a família.

Seguindo a idéia de Mosquera (2002), o ancião é considerado aquele que não pode mais produzir.

Numa sociedade onde o homem vale pelo que produz no ciclo produção-consumo, acaba não concebendo a aposentadoria como direito adquirido para fazer opções e viver com liberdade dentro dela, longe dos freios dos horários e hierarquias; ao contrário, passa a viver marginalizado socialmente. Muitas vezes é na própria família que se inicia essa marginalização, quando, por exemplo, o pai é deixado de lado por considerá-lo inútil. Outras vezes, passa a prestar pequenos serviços dos filhos ou babá dos netos, o que nem sempre atende aos seus desejos e interesses (Mazo, 2006).

Conforme Mazo e colaboradores (2006), outros problemas relacionados à família podem surgir, tais como: a falta de adaptação/preparação dos familiares para o cotidiano do idoso no lar, conflitos de gerações; divergências do comportamento esperado pelo idoso; falta de amizades; falta de contato com a vizinhança, etc., para o idoso que teve uma vida construída no mundo do trabalho. No entanto, afirmam ainda os mesmos autores que, a família é considerada como lugar de cuidados, proteção, afetividade; socialização e formação de personalidades e continua a ser a melhor garantia do bem-estar material e espiritual de seus idosos.

Portanto, torna-se necessário que o idoso se ajuste criativamente à realidade presente, atendendo as suas necessidades, com seus direitos e deveres garantidos, participação e integração com outras pessoas, segurança, renda própria e cuidado adequado.

### **Atividade Física e Saúde**

A atividade física pode ser definida como qualquer movimento corporal; desenvolvido pela musculatura esquelética que resulta num gasto energético acima dos níveis de repouso, destacando componentes de ordem bio-psico-social, cultural e comportamental; como por exemplo: jogos,

lutas, esportes, exercícios físicos e outros (Lima, 2002).

A confirmação da relação entre atividade física e saúde não é recente, já era mencionada na cultura chinesa, indiana e nos textos clássicos de gregos e romanos. Com o passar do tempo, aproximadamente 30 a 40 anos, com ensaios clínicos experimentais e uma melhor abordagem epidemiológica, pôde-se afirmar que a inatividade é um fator importante para o desenvolvimento de diversos tipos de problemas relacionados à saúde. Essa relação entre atividade física e saúde torna-se importante uma vez que as doenças crônicas degenerativas da população são abrandadas com a utilização de medidas adotadas por programas de atividade física, contribuindo para a diminuição da obesidade na faixa etária jovem, influenciando possivelmente na qualidade de vida adulta (Beauvoir, 2004).

Os modelos conceituais que procuram explicar as relações observadas entre atividade física, aptidão física e saúde vêm sendo constantemente utilizados como objeto de estudo, destacando: a) o paradigma centrado nos níveis de Aptidão Física; b) o paradigma orientado à prática de Atividade Física.

O paradigma orientado à prática de atividade física apresenta uma aceitação muito mais ampla do que o centrado nos níveis de aptidão física. Visto que o segundo aborda a prática de atividade física com a finalidade de garantir índices mais elevados de aptidão física, procurando adotar esforços físicos na busca de um melhor estado de saúde cada vez mais exigente no que se refere à intensidade, volume e frequência. Enquanto que o paradigma voltado à orientação da prática de atividade física procura privilegiar esforços físicos mais moderados, realizados de acordo com o consumo de energia. A vantagem desse modelo é a compatibilidade com aqueles menos condicionados fisicamente (Meirelles, 2007).

Este mesmo autor (Meirelles, 2007), afirma que os maiores benefícios à saúde mediante a prática de atividade física são alcançados quando se desloca do estágio de sedentarismo a níveis moderados de prática de atividade física, ou de baixos a moderados índices de aptidão física relacionado à saúde. No entanto, os benefícios tendem a diminuir quando se passa de níveis moderados a altos

níveis de prática da atividade física, ou de moderados a elevados índices de aptidão física.

Portanto, o aumento da prática de atividade física constitui uma opção para a redução do peso corporal, mas algumas vezes não se dá valor à participação dos exercícios físicos no controle do peso corporal, limitando sua contribuição apenas à demanda energética do trabalho mecânico realizado (Guedes e Guedes, 2008).

Ainda de acordo com Guedes e Guedes (2008) apenas uma única sessão de exercícios físicos, quando comparados com dietas mais rigorosas, resulta em menos participação no gasto energético; mas, a partir de um programa regular de exercícios físicos poderá induzir a mudanças substanciais em longo prazo, com uma diminuição de até 10 kg de peso corporal em um ano, mesmo com o consumo energético permanecendo constante. Estudos prospectivos mencionam que níveis de prática de atividade física e aptidão física estão agregados com menores índices de mortalidade nos indivíduos com sobrepeso ou obesos ativos quando comparados com seus pares sedentários. Dessa forma, embora a atividade física não possa deixar todos os indivíduos magros, pode tornar uma pessoa mais ativa no cotidiano e, conseqüentemente, constitui em importante benefício à saúde, ainda que permaneçam com sobrepeso ou obeso (Guedes e Guedes, 2008).

Beauvoir (2004) cita que os dados estatísticos sobre o sedentarismo da população brasileira, que estão disponíveis, embora cientificamente limitados, revelam que 60-65% de indivíduos dessa população apresentam comportamentos sedentários. O sedentarismo é definido como a falta ou a grande diminuição da atividade física. Na realidade, o conceito não é associado necessariamente à falta de uma atividade esportiva. Do ponto de vista da medicina moderna, o sedentário é o indivíduo que gasta poucas calorias por semana com atividades ocupacionais.

Segundo um trabalho realizado com ex-alunos da Universidade de Harvard, o gasto calórico semanal define se o indivíduo é sedentário ou ativo. Para deixar de fazer parte do grupo dos sedentários o indivíduo precisa gastar no mínimo 2.200 calorias por semana em atividades físicas (Mcardle, 2008).

A vida sedentária provoca o desuso dos sistemas funcionais, o aparelho locomotor e os demais órgãos e sistemas solicitados durante as diferentes formas de atividade física entram em um processo de regressão funcional, caracterizando, no caso dos músculos esqueléticos, um fenômeno associado à atrofia das fibras musculares, à perda da flexibilidade articular, além do comprometimento funcional de vários órgãos (Barros Neto, 2007).

O sedentarismo é a principal causa do aumento da incidência de várias doenças como: Hipertensão arterial, diabetes, obesidade, ansiedade, aumento do colesterol, infarto do miocárdio são alguns dos exemplos das doenças às quais o indivíduo sedentário se expõe. O sedentarismo é considerado o principal fator de risco para a morte súbita, estando na maioria das vezes associadas direta ou indiretamente às causas ou ao agravamento da grande maioria das doenças (Barros Neto, 2007).

Para atingir o mínimo de atividades físicas semanais, e conseqüentemente deixar de ser sedentário, segundo (Matsudo, 2001), existem várias propostas que podem ser adotadas de acordo com as possibilidades ou conveniências de cada um, como: praticar atividades esportivas como andar, correr, pedalar, nadar, fazer ginástica, exercícios com pesos ou jogar bola é uma proposta válida para evitar o sedentarismo e importante para melhorar a qualidade de vida.

Também, recomenda-se a realização de exercícios físicos de intensidade moderada durante 30 a 60 minutos de três a cinco vezes por semana, onde com a soma dos minutos durante os dias da semana, deve-se obter 150 minutos por semana, sendo considerado assim uma pessoa ativa. E reagir aos confortos da vida moderna, como subir dois ou três andares de escada ao chegar em casa ou no trabalho, dispensar o interfone e o controle remoto, estacionar o automóvel intencionalmente num local mais distante, dispensar escada rolante são algumas alternativas que podem compor uma mudança de hábitos.

A vida nos grandes centros urbanos com a automatização progressiva, além de induzir o indivíduo a gastar menos energia, geralmente impõe grandes dificuldades para encontrar tempo e locais disponíveis para a prática das atividades físicas espontâneas. A própria falta de segurança urbana acaba

sendo um obstáculo para quem pretende fazer atividades físicas. Diante dessas limitações, tornar-se ativo pode ser uma tarefa mais difícil, porém não de todo impossível (Mendes, 2007).

Nas cidades, a solução mais habitual para o sedentarismo imposto pelo trabalho intelectual são as atividades esportivas. Clubes, academias e empresas que fabricam equipamento profissional e doméstico para ginástica proliferam nas regiões urbanizadas de todo o planeta, em consonância com a consciência das pessoas quanto à necessidade de atividade física. Atividades recreacionais como: caminhadas, passeios ciclísticos, pescarias, camping e náutica também envolvem razoável e benéfica atividade física, mas devido ao seu caráter geralmente esporádico, devem ser complementadas com outras formas de exercício mais freqüente (Mendes, 2007). Independentemente do tipo de atividade, aspecto de alta relevância é adequar o grau de esforço do exercício à condição física atual da pessoa. Qualquer tipo de exercício pode ser graduado nas suas características de realização, podendo então ser classificado como suave, moderado ou exaustivo, de acordo com o nível de sobrecargas impostas ao organismo. Evidentemente as pessoas descondicionadas devem iniciar as atividades com exercícios suaves (Guedes, 2005).

O exercício regular também pode diminuir a gordura corporal e aumentar a força muscular, assim como melhorar a aptidão aeróbica. As pessoas idosas treinadas fisicamente podem se cuidar mais adequadamente e se envolver nas atividades, comuns da vida. As pessoas idosas que se exercitam regularmente relatam que dormem melhor são menos vulneráveis às doenças virais e possuem uma melhor qualidade de vida do que as sedentárias (Mazo, 2006).

Segundo trabalhos científicos recentes, praticar atividades físicas por um período mínimo de 30 minutos diariamente, contínuos ou acumulados, é a dose suficiente para prevenir doenças e melhorar a qualidade de vida, acabando com o sedentarismo (Nahas, 2001).

### **Atividade física e qualidade de vida em idosos**

Entende-se por boa qualidade de vida

não apenas a condição das pessoas não se sentirem limitadas para as tarefas que desejam realizar pôr falta de condição física, onde é evidente que se uma pessoa tem aptidão física desenvolvida, a mesma estará preparada para qualquer tipo de esforço. Mas, ter uma boa qualidade de vida é sim, assumir o controle das situações que colocam a vida em risco; manter a harmonia corpo mente e espírito, todas as dimensões do ser humano; estar atento à obesidade, ao colesterol, à pressão arterial, ao tabagismo e ao estresse diário; fazer uso de hábitos saudáveis como manter uma boa alimentação, manter as horas de sono e principalmente, praticar atividades físicas (Jacques, 2006).

Para que possamos entender a relação que a atividade física tem com a promoção da saúde e qualidade de vida dos idosos é necessário analisarmos a correlação entre atividade física e saúde na população humana em geral.

Atividade física sempre esteve ligada à imagem de pessoas saudáveis e vigorosas. Durante muito tempo coexistiram duas interpretações para a associação de saúde com atividade física. Alguns imaginavam que pessoas geneticamente privilegiadas seriam mais propensas à atividade física por apresentarem constitucionalmente boa saúde, vigor físico e disposição mental. Outros acreditavam que a atividade física poderia ser o estímulo ambiental responsável pela ausência de doença, boa aptidão física e saúde mental (Jacques, 2006). A literatura atual permite concluir que a verdade aparentemente associa as duas hipóteses.

No caso da atividade física, embora nem todos possam ou queiram destacar-se como modelos de desempenho, existe hoje documentação científica de que as pessoas ativas diminuem a probabilidade de desenvolverem importantes doenças crônicas e melhoram os seus níveis de aptidão física e disposição mental (Nahas, 2001). Estudos populacionais criteriosos permitiram estabelecer relações de causa e efeito entre atividade física e a menor incidência de algumas doenças, destacando-se a doença coronariana, a hipertensão arterial, diabetes do tipo II, obesidade, osteoporose, neoplasias do cólon, ansiedade e depressão (Faria Junior, 2008).

No caso das pessoas idosas, a importância da atividade física é grande e

deve ser avaliada em vários aspectos, tais como: profilaxia de doenças; tratamento de doenças e melhoria na qualidade de vida (Mendes, 2007).

Com o declínio da aptidão física, o impacto do envelhecimento e das doenças, o idoso tende a ir alterando seus hábitos de vida e rotinas diárias por atividades e formas de ocupação pouco ativas. Os efeitos associados à inatividade e a má adaptabilidade são muito sérios e podem acarretar numa redução no desempenho físico, na habilidade motora, na capacidade de concentração, de reação e de coordenação, gerando processos de autodesvalorização, apatia, insegurança, perda da motivação, isolamento social e a solidão (Faria Junior, 2008).

Os efeitos da diminuição natural do desempenho físico podem ser atenuados se forem desenvolvidos com os idosos, programas de atividades físicas que visem à melhoria das capacidades motoras que apóiam a realização de sua vida cotidiana, dando ênfase na manutenção das aptidões físicas de principal importância no seu bem estar, como: a força muscular; a flexibilidade; a mobilidade articular e a resistência (Bohme, 2003).

A prática regular de atividades físicas traz vários benefícios para os idosos. Dentre os benefícios destacam-se: melhoria da auto-eficácia, contribuição para aumento da densidade óssea, auxílio no controle do diabetes, da artrite, doenças cardíacas, melhora da ingestão de alimentos, diminuição da depressão, redução da ocorrência de acidentes (Nahas, 2001).

A promoção da saúde e a qualidade de vida são os objetivos mais importantes numa atividade física realizada com idosos. É fundamental que o idoso aprenda a lidar com as transformações de seu corpo e tire proveito de sua condição, prevenindo e mantendo em bom nível sua plena autonomia. Para isso é necessário que se procure ter, estilos de vida ativos, integrando atividades físicas a sua vida cotidiana (Faria Junior, 2008).

### **Instrumentos de avaliação da qualidade de vida**

O termo qualidade de vida como vem sendo aplicado na literatura médica não parece ter um único significado. "Condições de saúde", funcionamento social "e" qualidade de

vida "tem sido usados como sinônimos e a própria definição de qualidade de vida não consta na maioria dos artigos que utilizam ou propõe instrumentos para sua avaliação" (Jacques, 2006).

Qualidade de vida relacionada com a saúde (*Health-related quality of life*) e Estado subjetivo de saúde (*Subjective health status*) são conceitos afins centrados na avaliação subjetiva do paciente, mas necessariamente ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente.

Deps (2003) considera que o termo qualidade de vida é mais geral e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas.

Dois tendências quanto à conceituação do termo na área de saúde são identificadas: qualidade de vida como um conceito mais genérico, e qualidade de vida relacionada à saúde.

No primeiro caso, qualidade de vida apresenta uma aceção mais ampla, aparentemente influenciada por estudos sociológicos, sem fazer referência a disfunções ou agravos.

Fleck e colaboradores (2004), ilustra com excelência essa conceituação a que foi adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu estudo multicêntrico que teve por objetivo principal elaborar um instrumento que avaliasse a Qualidade de vida em uma perspectiva internacional e transcultural. A Qualidade de vida foi definida como uma percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Fleck e colaboradores, 2004).

A avaliação da qualidade de vida é baseada na percepção do indivíduo sobre o seu estado de saúde, a qual também é influenciada pelo contexto cultural em que este indivíduo está inserido. A avaliação da saúde engloba aspectos gerais da vida e do bem-estar do indivíduo, portanto, experiências subjetivas contribuem de forma importante como um parâmetro de avaliação e julgamento dos próprios indivíduos (Lima, 2002).

A avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) é um modo de análise de todos os aspectos que merecem

ser considerados na avaliação dos indivíduos e tem se tornado uma ferramenta importante, particularmente como uma variável de medida capaz de verificar o impacto da doença, saúde e tratamento (Okuma, 2008).

Os indicadores de qualidade de vida relacionada à saúde são multidimensionais, permitindo inúmeras condições de avaliação em que os indivíduos com a mesma doença possam apresentar diferentes níveis de saúde e de bem-estar físico e emocional. Uma das formas mais empregadas de avaliação são os questionários, que têm por finalidade transformar medidas subjetivas em dados objetivos que possam ser quantificados e analisados de forma global ou específica (Lima, 2002).

Não existe um único instrumento capaz de avaliar todas as situações de doença ou saúde, assim a escolha desses instrumentos também é um item importante que deve estar associado ao objetivo do estudo e também de sua disponibilidade no idioma e no contexto cultural onde possa ser empregado. Os instrumentos podem se apresentar nas formas de escalas, inventários ou índices e podem ser genéricos ou específicos (Okuma, 2008).

O objetivo dos instrumentos genéricos é estimar o impacto global de uma condição mórbida na vida de uma pessoa, abordando aspectos físicos, emocionais, psicológicos, sociais e funcionais e eles permitem a comparação do impacto de várias doenças em uma mesma população. Esses instrumentos se apresentam em dois modos de avaliação: perfil de saúde (descreve as condições de saúde) e medidas de utilidade (mede a preferência do paciente por determinado estado, tratamento ou intervenção). São bons métodos de triagem diagnóstica e, como exemplo, podemos citar o SF - 36 e WHOQOL-100.

Os instrumentos específicos avaliam funções particulares tais como sono e apetite. Avaliam populações específicas ou a repercussão de uma queixa e permitem avaliar o impacto de uma doença na vida, pois levam em conta todo o universo de sintomas da doença. São mais sensíveis na avaliação de resultados após intervenção terapêutica (Hayllck, 2005).

A necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características

psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref (WHOQOL GROUP, 1998b). O WHOQOL-bref consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. Assim, diferente do WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de quatro questões, no WHOQOL-bref é avaliada por apenas uma questão. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes.

O critério de seleção das questões foi tanto psicométrico como conceitual. No nível conceitual, foi definido pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS de que o caráter abrangente do Instrumento deveria ser preservado. Assim, cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original (O WHOQOL-100) deveria ser representada por uma questão.

No nível psicométrico foi então selecionada a questão, que mais altamente se correlacionasse com o escore total, calculado pela média de todas as facetas. Após esta etapa, os itens selecionados foram examinados por um painel de experts para estabelecer se representavam conceitualmente cada domínio de onde as facetas provinham. Dos 24 itens selecionados, seis foram substituídos por questões que definissem melhor a faceta correspondente. Três itens do domínio meio-ambiente foram substituídos por serem muito correlacionados com o domínio psicológico. Os outros três itens foram substituídos por explicarem melhor à faceta em questão.

Uma análise fatorial confirmatória foi realizada para uma solução a quatro domínios. Assim o WHOQOL-bref é composto por quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio-ambiente.

Entretanto, observa-se que poucos estudos são realizados com o intuito de verificar a relação entre indivíduos que praticam e não praticam exercícios físicos com a qualidade de vida. Para tanto, tem-se como objetivo geral comparar a percepção da qualidade de vida entre idosos praticantes e não-praticantes de exercícios físicos que freqüentam os programas oferecidos pela UFPB para idosos.

## MATERIAIS E MÉTODOS

O intuito da pesquisa foi comparar a percepção da qualidade de vida entre idosos praticantes e não-praticantes de exercícios físicos que freqüentam os programas oferecidos pela UFPB para idosos. Vale salientar que se trata de uma pesquisa descritiva do tipo correlacional.

Segundo Thomas (2002), a pesquisa descritiva é uma técnica que procura determinar práticas presentes ou opiniões de uma população específica, pode tomar a forma de um questionário ou entrevista.

A população deste estudo incluiu pessoas idosas de ambos os gêneros com

mais de 60 anos de idade, constituída de idosos de nível sócio-econômico semelhante, possuindo uma renda familiar de seis ou mais salários, que praticam exercícios físicos regularmente a mais de seis meses e idosos que não praticam exercícios físicos também há pelo menos seis meses; sendo selecionados 30 idosos de forma não-probabilística e intencional, com participação voluntária dos mesmos. Destes, 15 são praticantes de exercícios físicos regularmente e 15 que não praticam exercícios físicos regularmente. Utilizou-se um roteiro de entrevista aplicado individualmente a cada sujeito pelo próprio pesquisador. Os dados foram coletados no período de 18/08 a 18/09 de 2008.

**Tabela 1** - Descrição dos aspectos sócio-demográficos de acordo com % das variáveis qualitativas

Variáveis		Geral (%)	Praticantes (%)	Não-Praticantes (%)
GÊNERO	Masculino	45,0	46,7	43,3
	Feminino	55,0	53,3	56,7
LOCAL	Academia	50,0	100	-
	Região	50,0	-	100
OCUPAÇÃO	Aposentado	68,3	60,0	76,7
	Outros	31,7	40,0	23,3
Estado Civil	Casado	43,4	46,7	40,0
	Solteiro	3,3	6,7	-
	Viúvo	33,3	33,3	33,3
	Divorciado	20,0	13,3	26,7
MORADIA	Sozinho	2	3,0	-
	Familiares	98	97,0	45

### Aspectos sócio-demográfico

Nos aspectos sócio-demográficos para as variáveis qualitativas (gênero, ocupação, estado civil e moradia) observados na Tabela 1 os resultados apontaram o seguinte perfil para os praticantes de atividades físicas a maioria dos indivíduos é do gênero feminino (53,3%); sendo grande parte aposentados (60%), casados (46,7%) e 97,3% moram com familiares. Já para os não-praticantes observou-se um perfil semelhante: a maioria dos indivíduos também é do gênero feminino (56,7%), aposentados (76,7%), casados (40%) e todos moram com familiares.

Observa-se, que nos dois grupos, o número de mulheres, aposentados e casados corresponde a mais da metade dos mesmos. De acordo com o IBGE (Viera, 2000), o número de idosos do gênero feminino em relação à expectativa de vida é de 21,8% para o feminino e 18,7% do gênero masculino na faixa etária de 60 a 70 anos, levando a um

aumento no excedente de mortalidade masculina em relação à mortalidade feminina.

Com relação as variáveis quantitativas (idade, série, renda e número de pessoas), Tabela 2, os resultados apontaram o seguinte perfil para os idosos praticantes de atividades físicas: média de idade de  $64 \pm 5,41$  anos; com média de 11 anos de estudo formal; e com renda familiar em média de  $13,53 \pm 6,11$  salários mínimos; morando em média com quatro pessoas na mesma casa. Para os idosos não-praticantes de atividades físicas observou-se o seguinte perfil: média de idade de  $68 \pm 6,94$  anos; a maioria com média de 9 anos de estudo formal e, com renda familiar média de  $11,68 \pm 6,54$  salários mínimos; morando em média com, quatro pessoas na mesma casa. Observa-se que os idosos praticantes de atividades físicas obteve média de idade menor que os idosos não-praticantes de atividades físicas e que também o nível de escolaridade e renda familiar foi maior.

**Tabela 2** - Descrição dos aspectos sócio-demográficos de acordo com a média e desvio padrão das variáveis qualitativas

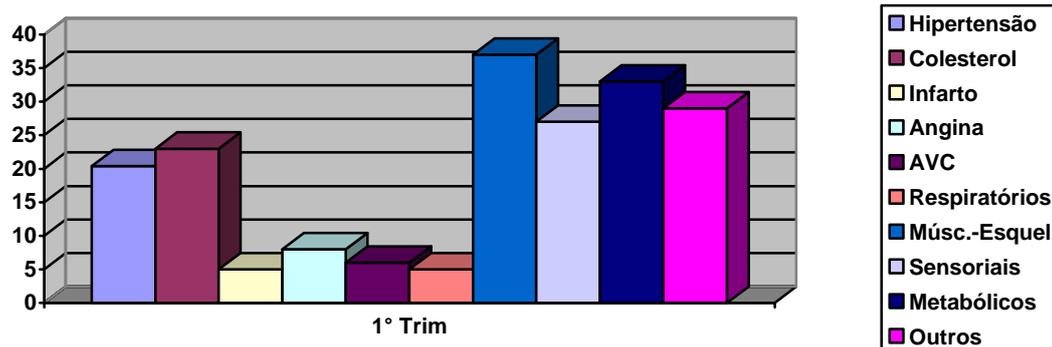
Variáveis	Geral (%)	Praticantes (%)	Não-Praticantes (%)
IDADE	66,23 ± 6,55	64,03 ± 5,41	68,43 ± 6,94
SÉRIE	10,48 ± 2,99	11,47 ± 2,36	9,50 ± 3,26
RENDA	12,57 ± 6,35	13,53 ± 6,11	11,60 ± 6,54
Nº de Pessoas	4,43 ± 1,39	4,23 ± 1,33	4,63 ± 1,45

Fonte: Coleta de dados 2008. Os resultados estão expressos em Média ± Desvio Padrão

### Problemas de saúde

Segundo Nieman (2003), aproximadamente 85% das pessoas idosas apresentam uma ou mais doenças ou problemas de saúde, sendo mais frequentes os problemas músculos-esqueléticos (artrite e artrose); em segundo lugar vêm à hipertensão com 36%; em terceiro as doenças cardíacas com 32%.

Observando as respostas em relação a prevalência dos problemas de saúde, Gráfico 1, verificou-se relação com os dados citados por Nieman (2003), onde no geral 60% dos indivíduos entrevistados possuem hipertensão, sendo este o problema de saúde mais prevalente; 36,7% possuem problemas músculos-esqueléticos (artrite e artrose) e 33,3% possuem problemas metabólicos (diabetes, obesidade e osteoporose).



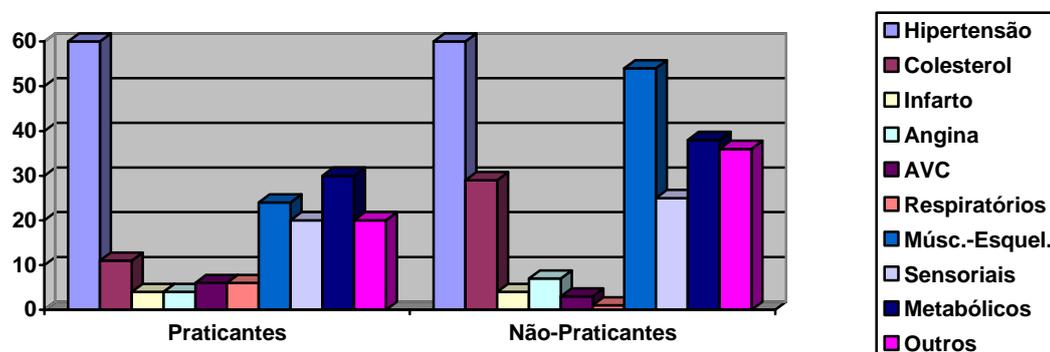
**Gráfico 01** - Prevalência de problemas de saúde na amostra

Analisando os dados do Gráfico 2, observou-se que 60% dos indivíduos dos idosos praticantes de atividades físicas são hipertensos, sendo a mesma porcentagem para os idosos não-praticantes de atividades físicas; 53,3% das pessoas dos idosos não-praticantes de atividades físicas possuem problemas músculos-esqueléticos, sendo esta porcentagem mais que o dobro dos idosos praticantes de atividades físicas que é de 23,2%. Verificou-se também, que 37,7% dos indivíduos dos idosos não-praticantes de atividades físicas possuem doenças metabólicas, sendo esta porcentagem maior que a dos idosos praticantes de atividades físicas que é de 30%.

Com relação aos outros problemas de saúde, tais como, doenças sensoriais, doenças respiratórias e alguns problemas cardiorrespiratórios, a prevalência destes

problemas, sempre foi maior nos idosos não-praticantes de atividades físicas com relação aos idosos praticantes. Com isso pode-se observar que entre os idosos que praticam exercícios físicos os problemas de saúde foram menos prevalentes em comparação àqueles que não praticam exercícios físicos.

Segundo Nieman (2003), um ingrediente fundamental para um envelhecimento saudável é o exercício físico regular, e de todos os grupos etários, as pessoas idosas são as mais beneficiadas pelo exercício, onde o risco de muitas doenças e problemas de saúde comuns na velhice (doenças cardiovasculares, hipertensão, osteoporose, diabetes) diminui com a atividade física regular. Isto foi observado quando comparamos a prevalência de problemas de saúde dos idosos praticantes de atividades físicas com relação aos idosos não-praticantes de atividades físicas.



**Gráfico 02** - Prevalência de problemas de saúde de acordo com os grupos

### Atividades físicas habituais

Em relação às atividades físicas habituais foram analisadas as atividades físicas moderadas, vigorosas, e a caminhada e as respectivas frequência (semanal) e duração realizadas pelos idosos, nos diferentes contextos: casa, lazer, trabalho e transporte (IPAQ-8).

As atividades físicas vigorosas são aquelas que precisam de um grande esforço físico e fazem você respirar muito mais forte que o normal, enquanto as atividades físicas moderadas são aquelas que precisam de algum esforço físico e fazem você respirar um pouco mais forte que o normal (Nahas, 2001).

Observando os dados da tabela 3, verificou-se que apenas 26,6% dos indivíduos dos idosos praticantes de atividades físicas realizam atividades vigorosas, com uma frequência de 2 vezes por semana, com uma média de 66,25 minutos. Foi constatado que nenhum indivíduo dos idosos não-praticantes de atividades físicas realiza atividades vigorosas.

Com relação à prática de atividades moderadas, todos os indivíduos praticantes de atividades físicas realizam esse tipo de atividade, com uma média de 5,0 vezes por semana e uma duração média de 76 minutos. Já nos não-praticantes, 83,3% dos indivíduos praticam atividades moderadas, em média 5,0 vezes por semana, 71,60 minutos.

Verificou-se também que 53,3% dos indivíduos de cada grupo realizam caminhadas, sendo em média 4 vezes por semana e com duração média de 52 minutos por dia nos idosos praticantes de atividades físicas e 4 vezes por semana e 46,25 minutos de duração por dia para os idosos não-praticantes de atividades físicas.

### Qualidade da atividade física

Para classificar a qualidade da atividade física considerou-se a frequência e a duração dos diferentes tipos de atividades (caminhada + atividade física moderada + atividade física vigorosa), adotando-se a seguinte classificação: Ativos: Aqueles indivíduos que realizam atividades físicas de intensidade moderada ou vigorosa por no mínimo 150 minutos por semana; Insuficientemente ativo: não atinge o critério citado acima.

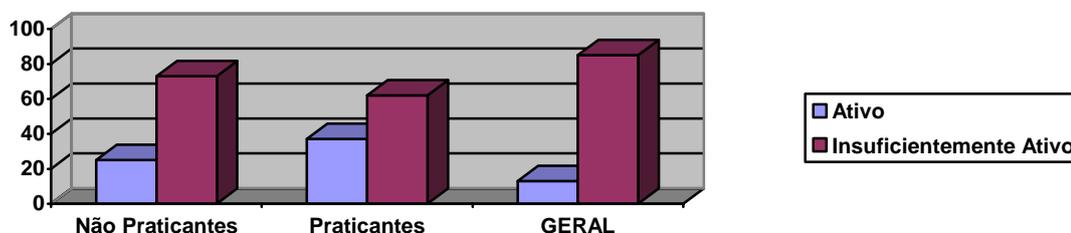
Analisando os dados do Gráfico 3, observou-se que apenas 36,7% dos indivíduos dos idosos praticantes de atividades físicas foram classificados como ativos, enquanto que os idosos não-praticantes apenas 13,3% dos indivíduos foram classificados como ativos. Um fato importante apontado por esses dados; é que apesar dos idosos praticantes de atividades físicas ser composto por praticantes de exercícios físicos, mais da metade foram classificados como insuficientemente ativos (Gráfico 1). Isso se deve ao fato de muitos desses indivíduos, apesar de realizarem exercícios físicos, os realizam com uma intensidade leve e que muitas vezes a duração destas atividades não atinge 150 minutos por semana.

Outro dado interessante, e já esperado, é que a quantidade de indivíduos insuficientemente ativos dos idosos não-praticantes de atividades físicas (86,7%) é bem superior do que com relação aos idosos praticantes de (63,3%), inclusive comparando o número de indivíduos ativos com os insuficientemente ativos, onde a proporção dos idosos não-praticantes é bem maior que a dos idosos praticantes.

**Tabela 3** - Descrição da variável atividade física de acordo com o tipo, frequência, duração e quantidade de indivíduos praticantes

Variáveis	Geral (%)	Praticantes (%)	Não-Praticantes (%)
<b>ATIVIDADE FÍSICA VIGOROSA</b>			
FREQÜÊNCIA (VEZES/SEMANA)	2,50	2,50	0
DURAÇÃO (MINUTOS)	66,25	66,25	0
Nº. DE INDIVÍDUOS PRATICANTES	8	8	0
<b>ATIVIDADE FÍSICA MODERADA</b>			
FREQÜÊNCIA (VEZES/SEMANA)	4,67	4,77	4,56
DURAÇÃO (MINUTOS)	74,00	76,00	71,60
Nº. DE INDIVÍDUOS PRATICANTES	55	30	25
<b>ATIVIDADE FÍSICA CAMINHADA</b>			
FREQÜÊNCIA (VEZES/SEMANA)	4,19	4,31	4,06
DURAÇÃO (MINUTOS)	49,06	51,88	46,25
Nº. DE INDIVÍDUOS PRATICANTES	32	16	16

Fonte: Coleta de dados 2008.



**Gráfico 03** - Percentual de sujeitos de acordo com o nível de atividade física

### Comparação entre qualidade de vida dos idosos praticantes de exercícios físicos com os idosos não-praticantes

O instrumento utilizado para analisar a qualidade de vida foi o WHOQOL-bref, proposto pela OMS, onde o mesmo está dividido em quatro Domínios. O Domínio I (físico) analisa variáveis relacionadas com dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso. O Domínio II (Psicológico) está relacionado com imagem corporal e aparência; sentimento de auto-estima e capacidade de concentração. O Domínio III (relações sociais) analisa as relações pessoais; suporte social e atividade sexual. E por fim, o Domínio IV (meio-ambiente) analisa o ambiente no lar; ambiente físico; lazer e transporte.

O instrumento tem um escore de 0-100, mas que ainda não tem um critério de classificação. Resolveu-se adotar o seguinte critério de classificação: como o escore é de 0-100 e sua mediana é 50, os resultados obtidos acima de 50 foram considerados positivos e aqueles resultados abaixo de 50 considerados negativos.

Seguindo o critério adotado, observou-se que para os idosos praticantes de

atividades físicas, com relação ao Domínio I os resultados médios foram de 67,97 (desvio padrão de 17,70), sendo considerado positivo, mesmo levando em conta o desvio padrão. Para o Domínio II ocorreu o mesmo, onde os resultados médios foram de 59,58 (desvio padrão de 16,01), apesar de que se considerarmos o desvio padrão ele pode chegar a ser negativo. Com relação ao Domínio III os resultados médios foram positivos com 63,88 (desvio padrão de 11,85). Para o Domínio IV também os resultados médios foram positivos com 65,83 (desvio padrão de 15,08) (Tabela 4).

Analisando os resultados dos idosos não-praticantes de atividades físicas observou-se que para o Domínio I, os resultados foram positivos com 55,11 (desvio padrão de 17,76), apesar de que se considerarmos o desvio padrão ele pode chegar a ser negativo. Já para o Domínio II o resultado foi negativo com 48,05 (desvio padrão de 12,84). Para os Domínios III e IV os resultados foram positivos, sendo 52,18 (desvio padrão de 13,44) para o Domínio III e 52,45 (desvio padrão de 12,19) para o Domínio IV.

**Tabela 4** - Teste t para grupos independentes, para indicadores/domínios da qualidade de vida entre os idosos praticantes de atividades físicas e não praticantes

Indicadores de Qualidade de Vida	Praticantes (%)		Não-Praticantes (%)		Teste T t
	X	(DP)	X	(DP)	
<b>DOMÍNIO I: Físico</b>	<b>67,97</b>	<b>17,70</b>	<b>55,11</b>	<b>17,16</b>	<b>2,80*</b>
<b>DOMÍNIO II: Psicológico</b>	<b>59,58</b>	<b>16,01</b>	<b>48,05</b>	<b>12,84</b>	<b>3,07*</b>
<b>DOMÍNIO III: Relações Sociais</b>	<b>63,88</b>	<b>11,85</b>	<b>52,18</b>	<b>13,44</b>	<b>2,88*</b>
<b>DOMÍNIO IV: Meio Ambiente</b>	<b>65,83</b>	<b>15,08</b>	<b>52,45</b>	<b>12,19</b>	<b>3,85*</b>

Fonte: Coleta de dados 2008. \*P<0,05

Na comparação entre os Grupos de acordo com os resultados do teste "t" para dados independentes, observou-se resultados significativos ( $p < 0,05$ ) para todos os Domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) entre os dois grupos. De modo que os melhores resultados da percepção da qualidade de vida foram dos idosos praticantes de atividades físicas em comparação com os idosos não-praticantes. Estes dados confirmam a hipótese deste estudo, onde os idosos que praticam exercícios físicos têm melhor qualidade de vida do que aqueles que não praticam.

A prática regular de atividades físicas têm vários benefícios para os idosos. Dentre os benefícios destacam-se: melhoria da auto-eficácia, contribuição para o aumento da densidade óssea, auxílio no controle do diabetes, da artrite, doenças cardíacas, diminuição da depressão, redução da ocorrência de acidentes, onde irá influenciar diretamente na qualidade de vida (Nahas, 2001).

### Considerações finais

As conclusões deste estudo são referentes à amostra constituída de 30 idosos, Sendo 15 praticantes de exercícios físicos e 15 não praticantes de exercícios físicos, que tem atuação freqüente aos programas de educação física ofertados pela UFPB. A média de idade foi de 66 anos, com renda familiar média de 12,57 salários mínimos, tendo em média 10 anos de estudo formal, morando em média com quatro pessoas na mesma casa, sendo a maioria do sexo feminino (55%), aposentados (68,3%), casados (43,3%) e residindo (98,3%) com familiares.

Com relação à prevalência dos problemas de saúde observou-se que tanto nos praticantes quanto nos idosos não-praticantes de atividades físicas O problema mais prevalente foi a hipertensão (60%), em

relação a outros problemas de saúde (músculos-esqueléticos, metabólicos, doenças sensoriais, doenças respiratórias; problemas cardíacos), observou-se uma menor prevalência nos idosos praticantes de atividades físicas em comparação aos não-praticantes.

Nas atividades físicas habituais, verificou-se que apenas indivíduos praticantes de atividades físicas (26,6%) realizam atividades vigorosas; e que todos os indivíduos praticantes de atividades físicas realizam atividades moderadas, em média 5 vezes por semana com duração média de 76 minutos. Já nos idosos não-praticantes de atividades físicas constatou-se que 83,3% dos indivíduos realizam atividades moderadas, em média 5 vezes por semana, com uma duração média de 71 minutos.

Na classificação do nível de atividade física considerando as atividades habituais realizadas nos vários contextos (casa, trabalho, lazer e transporte), observou-se que 36,7% dos indivíduos são idosos praticantes de atividades físicas e 13,3% dos não-praticantes foram classificados como ativos. Um fato importante apontado por esses dados, é que apesar dos idosos praticantes de atividades físicas ser composto por ativos praticantes de exercícios físicos, mais da metade foram classificados como insuficientemente ativos. Isso se deve ao fato de muitos desses indivíduos, apesar de realizarem exercícios físicos, os realizam com uma intensidade leve e que muitas vezes a duração destas atividades não atinge 150 minutos por semana.

Para a percepção da qualidade de vida, comparando os idosos praticantes de atividades físicas com os não-praticantes, constatou-se que os resultados foram significativos ( $p < 0,05$ ) para todos os Domínios (físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente) entre os dois grupos, sendo que os melhores resultados foram dos idosos

praticantes de atividades físicas, podendo esses resultados terem ocorridos devido aos indivíduos serem praticantes de exercícios físicos, apesar de não ter sido verificada uma relação de causa e efeito, este fato pode ter contribuído na qualidade de vida.

### CONCLUSÃO

Conclui-se que os idosos praticantes de atividades físicas apresentam melhores resultados tanto em relação ao nível de atividade física, quanto na prevalência de problemas de saúde e, sobretudo na percepção da qualidade de vida.

Vale a pena ressaltar limitações referentes a este estudo e diante destas sugestões para outras investigações, algumas análises foram limitadas em função da pequena quantidade de sujeitos, recomenda-se a realização de outros estudos com um número maior de sujeitos.

### REFERÊNCIAS

- 1- Barros Neto, T.L.. Exercício, Saúde e Desempenho Físico. São Paulo. Atheneu. 2007.
- 2- Barry, H.C.; Eathorne, S.W. Exercício e Envelhecimento. Revista Médicas da América do Norte. Vol.3. p. 367-387. 2004.
- 3- Bohme, M.T. S. Aptidão Física: Aspecto Teórico. Revista Paulista de Educação Física. São Paulo. Vol. 7. Núm 2. 2003. p.52-65.
- 4- Carvalho Filho, E. Fisiologia do Envelhecimento. In: PAPALETTO NETTO, M. (ORG.). Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 60-70.
- 5- Chaimowics, F. Os Idosos Brasileiros no Século XXI: demografia, saúde e sociedade. Belo Horizonte: Postgraduate. 2008.
- 6- Clemente, E. Aspectos Biológicos e Geriátricos do Envelhecimento. Porto Alegre: Editora Edipucrs, 2008.
- 7- Deps, V.L. Atividade e Bem-estar Psicológico na Maturidade. In Néri, Anita L. (org). Qualidade de vida e idade madura. Campinas, SP: Papyrus. 2003.
- 8- Faria Junior, A. Anais do II Seminário Internacional sobre Atividades Físicas para a Terceira Idade. Rio de Janeiro: UNATI/UERJ. 2008.
- 9- Fleck, M. P. A.; Lousada, S.; Xavier, M.; Chamovich; E.; Vieira, G.; Santos, L.; Pinzon, V. Aplicação da Versão em Português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL - Bret). Revista Saúde Pública. Vol. 33. Num. 2. 2004. p. 198 - 205.
- 10- Gonçalves, M. T. F. Efeitos da Imobilidade Prolongada no Idoso. Nursing (edição portuguesa). Ano 8, n. 93, out/2005. p. 16-21.
- 11- Guedes, D. P. Controle de Peso Corporal: composição corporal, atividade física e nutrição. Londrina: Midiograf. 2008.
- 12- Guedes, D. P.; Guedes, J. E. R. P. Atividade Física, Aptidão Física e Saúde. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. Vol.1. Num.1. 2005. p. 18-35.
- 13- Hayflick, L. Como e Por Que Envelhecemos. Rio de Janeiro: Campus, 2005.
- 14- IBGE. População por sexo, e Total de 65 anos e mais/Brasil. Censo 2001. Fonte: Disponível em: <[http://www.mpas.gov.br/12\\_01\\_18.htm](http://www.mpas.gov.br/12_01_18.htm)>. Acesso em 03/09/2008.
- 15- Jacques, W.C.A. Qualidade de Vida: algo mais do que um elenco de benefícios. Revista de treinamento e Desenvolvimento, ano 4. Num. 43, p.31-33, 2006.
- 16- Lima, M.D.O. Qualidade de Vida Relacionada as Atividades Física. Recife: ED/UFPE, 2002.
- 17- Leite, P.F. Exercício, Envelhecimento e Promoção de Saúde. Belo Horizonte: Health, 2006.
- 18- Mazo, G.Z.; Lopes, M.A.; Azher, T.B. Atividade Física e o Idoso. Porto Alegre: Sulina. 2006.
- 19- Matsudo, S. M.; Matsudo, V. K. Efeitos Benéficos da Atividade Física na Aptidão Física e Saúde Mental Durante o Processo de Envelhecimento. Revista Brasileira de

# Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício

ISSN 1981-9900 *versão eletrônica*

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br / www.rbpex.com.br

Atividade Física & Saúde. Vol. 5. Num. 2. 2001. p. 60-76.

20- Mcardle, W. D. Fisiologia do Exercício, Energia, Nutrição e Desempenho Humano. Rio de Janeiro: Guanabara. Koogan. 2008.

21- Meirelles, M. A. E. Atividade Física na Terceira Idade: uma abordagem sistemática. Rio de Janeiro: Sprint, 2007.

22- Mendes, M. Atividade Física na Terceira Idade. Rio de Janeiro: Sprint. 2007.

23- Nahas, M. V. Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf. 2001.

24- Nieman, D. C. Exercício e Saúde: como se prevenir de doenças usando o exercício como seu medicamento. São Paulo: Manole. 2003.

25- Okuma, S. S. O Idoso e a Atividade Física: fundamentos e pesquisa. Campinas: Papyrus, 2008.

26- Paschoal, S.M.P. Autonomia e Independência. São Paulo: Atheneu. 2006.

27- Pellegrinotti, I.L. Atividade Física e Esportes: a importância no contexto saúde do ser humano. São Paulo: Manole. 2008.

28- Ramos, A.T. Atividade Física. Rio de Janeiro: Sprint. 2005.

29- Thomas, J. R. Método de Pesquisa em Atividade Física. Porto Alegre: Artmed, 2002.

30- Vieira, E. B. Manual de Gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares. Rio de Janeiro: 2000.

Recebido para publicação em 14/03/2009  
Aceito em 10/08/2009

## Anexo A: Instrumento de Coleta de Dado

### UNIVERSIDADE GAMA FILHO

Especialização em Exercício Físico Aplicado à Reabilitação Cardíaco e Grupos Especiais

## ROTEIRO DE ENTREVISTA

A entrevista ora apresentada tem por objetivo colher dados para o desenvolvimento de um estudo de especialização sobre o tema "A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO FÍSICA À QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS: um estudo de caso na UFPB". A ser dissertada pelas alunas: Jucicleide Herculano Merquiades, Jucineide Herculano Merquiades Agra, Kamila Maria Dantas Albuquerque e Ruthnea Cordeiro Costa, da Universidade Gama Filho. Salientamos que a identidade dos entrevistados será preservada no corpo do estudo.

### DESCRIÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2008.

Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Sexo:  Masculino  Feminino.

Ocupação: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Casado(a)  Solteiro(a)  Viúvo(a)  Divorciado(a)/Separado(a).

Aposentado(a):  Sim  Não.

Número de pessoas em casa: [ \_\_\_\_\_ ]

Renda Familiar: [ \_\_\_\_\_ ] salários mínimos.

Escolaridade: Fundamental [Comp.] [Incomp.] Médio [Comp.] [Incomp.] Superior [Comp.] [Incomp.]

Condição de moradia: Sozinho  Familiares  Instituição  Outros \_\_\_\_\_

### PROBLEMA DE SAÚDE:

1 – Algum Médico de Saúde diagnosticou que você é acometido de:

Pressão alta:  Sim  Não  Não sei responder

Diabetes:  Sim  Não  Não sei responder

Colesterol elevado:  Sim  Não  Não sei responder

# Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício

ISSN 1981-9900 *versão eletrônica*

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br / www.rbpex.com.br

Quando foi realizado o último exame de colesterol: \_\_\_\_\_

2 - Algum Médico de Saúde diagnosticou que você é acometido de problema de coração:

Ataque cardíaco:             Sim  Não  Não sei responder

Angina:                         Sim  Não  Não sei responder

AVC:                             Sim  Não  Não sei responder

3 – Outros Problemas de Saúde:  Sim  Não  Outros: \_\_\_\_\_

4 – Está usando medicamentos:  Sim  Não

5 – Você faz atividades Vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos:

As vezes  \_\_\_\_\_ Horas/dia  \_\_\_\_\_ Minutos/Dia

6 – Você faz atividades Moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos:

As vezes  \_\_\_\_\_ Horas/dia  \_\_\_\_\_ Minutos/Dia

5 – Você faz Caminhada por pelo menos 10 minutos contínuos:

As vezes  \_\_\_\_\_ Horas/dia  \_\_\_\_\_ Minutos/Dia

## EXERCÍCIO FÍSICO:

A. Modalidade	B. Tempo de Prática (mês)	C. Frequência (Semana)	D. Duração (sessão)
1.			
2.			
3.			
4.			

## QUALIDADE DE VIDA:

Responda as questões a seguir no quadro de indicações:

- 1- Como você avalia sua qualidade de vida?
- 2- Quanto satisfeito você está com sua saúde?
- 3- Em que medida você acredita que sua dor (física) impede suas tarefas?
- 4- O quanto você precisa de tratamento médico para levar sua vida diária?
- 5- O quanto você aproveita sua vida diária?
- 6- Em que medida você acredita que sua vida tem sentido?
- 7- O quanto você consegue se concentrar?
- 8- O quanto seguro você se sente em sua vida diária?
- 9- O quanto saudável é o seu ambiente físico?
- 10- Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia ?
- 11- Você é capaz de aceitar sua aparência física?
- 12- Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?
- 13- Quanto estão disponíveis as informações que você precisa no seu dia-a-dia?
- 14- Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?
- 15- O quanto bem você é capaz de se locomover?

## NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS:

- 16- O quanto satisfeito você está com o seu sono?
- 17- O quanto satisfeito você está com sua capacidade de desempenhar suas tarefas diárias?
- 18- O quanto satisfeito você está com sua capacidade para o trabalho?
- 19- O quanto satisfeito você está consigo mesmo?
- 20- O quanto satisfeito você está com suas relações pessoais?
- 21- O quanto satisfeito você está com sua vida sexual?
- 22- O quanto satisfeito você está com o apoio que recebe dos amigos?
- 23- O quanto satisfeito você está com as condições do local onde reside?
- 24- O quanto satisfeito você está com o acesso aos serviços de saúde?
- 25- O quanto satisfeito você está com o seu meio de transporte?
- 26- Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como: mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

# Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício

ISSN 1981-9900 *versão eletrônica*

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

[www.ibpex.com.br](http://www.ibpex.com.br) / [www.rbpfex.com.br](http://www.rbpfex.com.br)

## QUADRO DE INDICAÇÕES

1	Muito Ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
2	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
3	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
4	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
5	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
6	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
7	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
8	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
9	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
10	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
11	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
12	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
13	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
14	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
15	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
16	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
17	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
18	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
19	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
20	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
21	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
22	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
23	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
24	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
25	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
26	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre