

Qualidade de vida e atividade física em mulheres idosas

Quality of life and physical activity in elderly women

Eneida Maria Troller Conte*
Adair da Silva Lopes**

Resumo

O presente estudo objetivou analisar indicadores da qualidade de vida no domínio físico e associá-los ao nível de atividade física habitual de mulheres idosas participantes dos grupos de convivência de idosos do município de Marechal Cândido Rondon - PR. A amostra constituiu-se de 320 mulheres com idade igual ou superior a sessenta anos. A seleção da amostra foi realizada dentre as mulheres dos 14 grupos que voluntariamente aceitaram participar. Para a coleta de dados utilizou-se uma entrevista estruturada contendo três partes: 1) aspectos sociodemográficos e classificação socioeconômica; 2) qualidade de vida (Whoqol-breve da Organização Mundial de Saúde); 3) nível de atividade física (Ipaq-versão curta, da Organização Mundial de Saúde). Na análise estatística utilizaram-se a distribuição em freqüências e percentuais e o teste de associação de qui-quadrado, considerando o nível de significância $p < 0,05$. Os resultados demonstraram que 50,0% de mulheres estavam na faixa etária de 60 a 65 anos; 50,3% eram casadas; 78,8% eram de descendência

alemã; 79,4% possuíam o ensino fundamental (1ª a 4ª série) e 79,1% eram de nível socioeconômico C. Na caracterização do domínio físico, houve um percentual maior de respostas positivas nos itens questionados. O domínio físico apresentou-se associado positivamente ao nível de atividade física (NAF), onde as mulheres ativas responderam sentir menos dor e desconforto, mais energia para o dia-a-dia; maior satisfação com o sono, maior capacidade de locomoção; maior satisfação com o desempenho de atividades, maior satisfação com a capacidade de trabalho e menos necessidade de tratamento médico.

Palavras-chave: qualidade de vida, domínio físico, atividade física habitual, mulheres idosas.

* Mestre em Educação Física; professora Assistente do curso de Educação Física da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

** Doutor em Educação Física; professor do Programa de Mestrado em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina.

Recebido em out. 2004 e avaliado em nov. 2004

Introdução

No Brasil e nos demais países subdesenvolvidos são considerados “idosos” pessoas com mais de sessenta anos de idade, ao passo que nos países desenvolvidos esta categoria compreende pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (NERI, 2001). Os números e projeções de pessoas com mais de sessenta anos no Brasil são, para 2000, de 8 658 000, para 2010, de 11 192 000, e, para 2020, de 16 224 000, o que representa um crescimento de, aproximadamente, 100% num período de vinte anos (BERQUÓ, 1999).

A forma pela qual a pessoa envelhece não depende apenas da sua constituição genética, mas também da vida que leva. Algumas teorias propõem que o ritmo está associado à vitalidade que os indivíduos trazem consigo ao nascer e a sua capacidade de mantê-la durante toda vida (HEIKKINEN, 1998).

As mudanças no estilo de vida, incluindo as nos níveis de atividade física e na dieta, podem contribuir para o processo de prevenção de doenças que se manifestam com a idade, principalmente os problemas funcionais que se evidenciam nas pessoas mais velhas (BOUCHARD, SHEPHARD e STEFENS, 1993).

A qualidade de vida é definida como o nível de satisfação com a vida, a qual depende da inter-relação de múltiplos fatores, visto que há fortes influências dos hábitos de vida de cada pessoa, da atividade física, da dieta, do comportamento preventivo, da percepção de bem-estar, das condições físicas e ambientais, da renda, da percepção subjetiva de saúde, do relacionamento familiar, das amiza-

des e dos aspectos espirituais e religiosos (LAWTON, 1991; NAHAS, 2001; NERI, 2001; SILVA, 1999).

Um modelo de qualidade de vida na velhice foi elaborado por Lawton (1991) englobando quatro dimensões conceituais: a competência comportamental, condições ambientais, qualidade de vida percebida e bem-estar subjetivo.

A qualidade de vida é influenciada pelo estilo de vida de cada um, e um estilo de vida saudável inclui a atividade física regular, considerada um componente importante. São incluídos ainda bons hábitos alimentares, sono adequado, controle de peso e baixo consumo de álcool e de tabaco (SHARKEY, 2001). Essa constatação é reforçada por evidências científicas de que a atividade física regular pode trazer benefícios para a saúde física e mental (PATE, 1995).

Dentre as atividades que compõem a atividade física habitual estão as desenvolvidas ao longo do dia com deslocamentos a pé ou de bicicleta para o trabalho, o supermercado, a farmácia e para lazer; os trabalhos de arrumação da casa, jardinagem; atividades físicas leves, como andar a pé, de bicicleta; esportes recreativos tradicionais, como futebol, voleibol, e os exercícios programados, como correr, pedalar, remar, nadar (NAHAS, 2001).

O baixo nível de atividade física habitual e outras características do estilo de vida influenciam no risco de doenças crônicas e de morte prematura. Mudanças na maneira de viver e a adoção de um estilo de vida mais ativo promovem melhor saúde e longevidade (PAFFEMBARGER e LEE, 1996).

Diante do exposto, em razão de não haver pesquisas consistentes que divulguem resultados relacionados a indicadores de qualidade de vida de mulheres idosas no município de Marechal Cândido Rondon - Oeste do Paraná, optou-se por realizar o presente estudo com a intenção de buscar respostas para alguns questionamentos: Quais seriam os principais indicadores de qualidade de vida (domínio físico) de mulheres idosas do município? Qual a associação do domínio físico com o nível de atividade física habitual dessas mulheres?

Fundamentação teórica

O envelhecimento, na visão da biologia, compreende os processos de transformação do organismo que ocorrem após a maturação sexual e que implicam a diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência. Esses processos são de natureza interacional, iniciam-se em diferentes épocas e ritmos e apresentam resultados diversos para as diferentes partes e funções do organismo (NERI, 2001).

O envelhecimento e o desenvolvimento são aceitos pela psicologia como eventos correlatos, pois tanto um como o outro são processos adaptativos presentes ao longo de todo o curso da vida, em que há oposição entre ganhos e perdas.

O envelhecimento bem-sucedido é influenciado pelas oportunidades educacionais e sociais, pela saúde física e mental e pelo estilo de vida, variáveis que exercem papel importante na determinação e no ritmo do envelhecimento. As capacidades intelectuais básicas podem manter-se

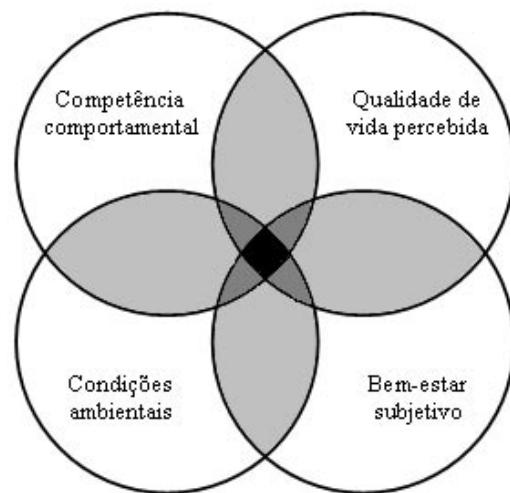
desde que as condições biológicas e intelectuais permaneçam. As especialidades cognitivas do domínio profissional, da vida diária e da sabedoria em relação às questões existenciais crescem. A personalidade conserva sua estrutura e seus mecanismos de auto-regulação na velhice são mantidos desde que a integridade do organismo e a interação social estejam presentes. Um envelhecimento saudável do ponto de vista biológico, psicológico e social inclui as experiências e as influências histórico-sociais ocorridas ao longo da vida (NERI, 2001).

Com o aumento da idade, além de todas as transformações observadas, o tempo gasto com atividades físicas também vai sendo reduzido, o que pode causar dores e desconforto físico, redução da mobilidade e, até mesmo, a dependência física, influenciando negativamente na qualidade de vida e tirando muitas vezes das pessoas idosas o que lhes restou de autonomia e independência.

A preocupação com a qualidade de vida e o estilo de vida das pessoas em todas as faixas etárias, sobretudo de idosos, cresceu em importância no final do século passado e início do novo milênio e está associada a fatores como estilo de vida, satisfação no trabalho, relações familiares, disposição, espiritualidade, dignidade, relações familiares, bem-estar físico, psicológico, social e cognitivo (SHEPHARD, 1997; SILVA, 1999; GUBIANE, 2000).

Sobre a qualidade de vida na velhice, um modelo englobando quatro dimensões conceituais foi apresentado por Lawton (1991), o qual abrange como componentes da qualidade de vida a competência com-

portamental, as condições ambientais, a qualidade de vida percebida e o bem-estar subjetivo (Figura 1).



Fonte: Lawton, 1991.

Figura 1. *Modelo de qualidade de vida na velhice*

Nesse sentido, o modelo de Lawton (1991) contempla os domínios da qualidade de vida apresentados pelo grupo Whoqol (2000), que são domínio físico, social, psicológico e ambiental. O domínio físico será apresentado de forma mais detalhada a seguir, justificando-se, dessa maneira, o motivo pelo qual se adotou o instrumento Whoqol-breve para a realização da coleta de dados nesta pesquisa.

Domínio físico

O domínio físico diz respeito à funcionalidade física e da saúde. Seus subdomínios são dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividade da vida cotidiana, dependência de medicação, ou de tratamentos, e capacidade de trabalho (WHOQOL, 2000).

Um fator importante para a discussão no domínio físico é a capacidade funcional, definida como sendo a condição de um indivíduo realizar as atividades associadas ao seu bem-estar. Pode, também, ser definida como o grau de facilidade com que um indivíduo pensa, sente, age ou se comporta em relação ao seu ambiente e ao gasto de energia. São incluídas na capacidade funcional as atividades de deslocamento, de autocuidado, sono adequado e participação em atividades ocupacionais e recreativas (HEIKKINEN, 1998; UENO, 1999).

A saúde funcional do idoso tem sido associada à qualidade de vida, ao convívio social, à condição intelectual, ao estado emocional e às atitudes perante o indivíduo e o mundo. A capacidade funcional tem atraído atenção crescente, pois a incapacidade acarreta o aumento do número de doenças crônicas e das dificuldades para manter a autonomia durante a velhice, o que tem fortes ligações com a qualidade de vida. Esse declínio pode tornar o idoso dependente de outras pessoas ou de algum tipo de assistência (NAHAS, 2001; NÓBREGA, 1999; UENO, 1999; VERAS, 1994).

A capacidade funcional irá determinar até que ponto as pessoas podem viver de forma independente na família e comunidade, influenciando na sua capacidade de participar de eventos, de fazer visitas a outras pessoas, de utilizar os serviços e instalações disponibilizados por organizações sociais e de enriquecer suas vidas e daqueles que vivem próximos (HEIKKINEN, 1998; UENO, 1999).

A manutenção da capacidade funcional pode ter importantes implicações para a qualidade de vida dos idosos, por estar re-

lacionada com a capacidade de ocupar-se com o trabalho até idades mais avançadas ou com atividades que lhes sejam agradáveis (ROSA et al., 2003).

Consideram-se componentes da capacidade funcional as atividades da vida diária (AVD), que incluem comer e beber, lavar o rosto e as mãos, ir ao banheiro, levantar-se da cadeira, deitar-se e levantar-se da cama, movimentar-se dentro de casa, vestir-se, mover-se fora de casa em terreno plano, subir e descer escadas, arrumar a cama e fazer compras. As atividades instrumentais na vida diária (AIVD) incluem tomar banho, cuidar dos pés e das unhas, serviços leves de limpeza da casa, no preparo das refeições, lavar e passar roupas, atividades pesadas de limpeza da casa e de jardinagem (ANDREOTTI e OKUMA, 1999).

A atividade física é recomendada como uma forma de intervenção importante para a manutenção da saúde e das funções fisiológicas ao longo da vida. Assim, torna-se necessária a disseminação das informações sobre os benefícios da atividade física regular para todos os grupos de indivíduos idosos.

Outro subdomínio importante a ser discutido no domínio físico é a dor e o desconforto que muitas vezes acompanham o processo de envelhecimento. Embora a dor não seja normal nesse processo, os idosos são mais suscetíveis a ela tendo em vista que a incidência de doenças crônicas pode aumentar com a idade. A dor ocasiona severa fadiga física e emocional, porém, apesar desse desconforto, tem sido subestimada, não sendo tratada adequadamente (PIMENTA e CAMPEDELLI, 1993).

A dor crônica interfere na vida das pessoas e, nos idosos, tira-lhes o prazer ou impossibilita-os de realizarem atividades domésticas e sociais; dificulta ou impede -os de caminhar; provoca distúrbios do sono, podendo acarretar ansiedade e depressão. A dor traz o isolamento social, o que pode agravar o quadro doloroso, pois o idoso passa a se concentrar unicamente nela, sendo necessário o alívio para que possa melhorar sua alimentação, seu sono, integrar-se ao ambiente, executar tarefas, distrair-se, sentir-se útil e melhorar seu bem-estar (PIMENTA e CAMPEDELLI, 1993).

O idoso acometido de dor aumenta o consumo de produtos farmacêuticos. Nas décadas de 70 e 80, verificou-se que tanto o uso de medicamentos prescritos como dos não prescritos aumentava com a idade, tanto no interior quanto nas grandes cidades, pois indivíduos acima de sessenta anos consumiam, em média, 3,24 medicamentos (ROSENFIELD, 1997).

Um estudo epidemiológico da saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI, baseado nos censos de 1991 e 1996, revelou que há diferenças regionais na incidência de doenças: no Nordeste, ainda há a predominância de doenças infecciosas e parasitárias, ao passo que, no Sul e no Sudeste, predominam as doenças do aparelho circulatório. Percebem-se mudanças no perfil de saúde da população: ao invés de processos agudos, que se resolvem rapidamente através da cura ou que culminam em óbito, tornam-se predominantes as doenças crônicas em algumas regiões do Brasil, cujas complicações implicam décadas de utilização de serviços de saúde. São exemplos as seqüelas

do acidente vascular cerebral e fraturas após quedas, as limitações provocadas pela insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica, as amputações e cegueira provocadas pelo diabetes e a dependência determinada pela doença de Alzheimer (CHAIMOWICS, 1997).

O sedentarismo, a incapacidade funcional e a dependência estão entre as maiores adversidades da saúde associadas ao envelhecimento. E entre as principais causas de incapacidades, destacam-se as doenças crônicas, incluindo as seqüelas dos acidentes vasculares encefálicos, as fraturas, as doenças reumáticas e as doenças vasculares cerebrais (NÓBREGA, 1999).

Atividade física habitual

A atividade física regular é considerada um componente importante para um estilo de vida saudável. Recentemente, essa constatação foi reforçada por novas evidências científicas de que a atividade física regular pode trazer benefícios para a saúde física e mental. No entanto, milhões de adultos ainda se encontram sedentários (PATE, 1995).

Além de a atividade física ser um fator importante na qualidade de vida das pessoas, há evidências de que a população que mais se beneficia dela são os idosos (NIEMAN, 1999). A atividade física habitual envolve o tempo gasto com as atividades físicas desenvolvidas no trabalho, para se deslocar de um lugar ao outro, no lazer, no esporte, nos exercícios físicos e nas atividades em casa e na jardinagem (NAHAS, 2001).

Pesquisas que compararam grupos de adultos e idosos de diferentes idades,

bem como pesquisas longitudinais que acompanharam o desenvolvimento e o envelhecimento de um grupo de indivíduos, indicam que exercícios físicos realizados regularmente favorecem a capacidade física, a resistência e a flexibilidade, aumentam a velocidade psicomotora e o desempenho neuropsicológico. Há evidências também de que a participação em atividades físicas e sociais pode prevenir, evitar e diminuir o estresse e aumentar a resistência a doenças (VITTA, 2000).

A recomendação e orientação sobre o nível de prática da atividade física para adultos e idosos são apresentadas como uma das formas de prevenção secundária das doenças crônicas, bem como de prevenção secundária em pacientes com doenças cardiovasculares e outras doenças (YUSUF et al., 1996).

Os cuidados com a saúde e a prática de atividades físicas atuam como mecanismos preventivos. Pesquisas sugerem que aproximadamente 50% do declínio freqüentemente atribuído ao envelhecimento fisiológico, na realidade, é provocado pela atrofia do desuso, como consequência da inatividade, levando à diminuição da resistência física, à fraqueza generalizada e às quedas. A prática de atividades físicas assegura a maior independência, autonomia e melhor condição de saúde, aumentando o senso de bem-estar, a crença de auto-eficácia e a capacidade do indivíduo de atuar sobre o meio ambiente ou sobre si mesmo (VITTA, 2000).

Recomenda-se que os idosos mantenham uma vida ativa, o que os auxiliará na manutenção da capacidade funcional e da saúde de uma forma geral. Entretanto, sabe-se das limitações e barreiras para

a participação num programa ou para a prática individual de atividades físicas.

Como bases referenciais de estudos realizados enfocando o tema qualidade de vida de mulheres idosas destaca-se o estudo de Koltyn (2001), realizado com uma amostra de 135 mulheres com mais de sessenta anos nos Estados Unidos, as quais viviam independentes na comunidade ou eram levemente assistidas. A percepção positiva de qualidade de vida encontrada entre os dois grupos foi significativamente diferente entre as mulheres que viviam independentes e as assistidas.

Material e método

A pesquisa caracterizou-se como descriptivo-correlacional, do tipo transversal (THOMAS e NELSON, 2002). A amostra foi constituída por 320 mulheres com idade igual ou superior a sessenta anos, do município de Marechal Cândido Rondon - PR, as quais voluntariamente aceitaram participar como sujeitos da pesquisa.

Para a coleta de dados foi utilizada uma entrevista estruturada com as questões previamente elaboradas. O instrumento para a coleta de dados foi elaborado tomando-se como base o Critério de Classificação Econômica Brasil (ANEPE, 1997), a versão brasileira do instrumento abreviado do questionário de qualidade de vida (WHOQOL-BREVE, 1998) da Organização Mundial de Saúde e Nível de Atividade Física – versão brasileira do International Physical Activity Questionnaire (IPAQ, 2000), proposto pela Organização Mundial de Saúde, forma curta, versão 8.

Resultados e discussão

Características sociodemográficas das mulheres participantes da amostra

Identificar a procedência dos dados é um aspecto relevante no processo de pesquisa. Especialmente a localização geográfica, a etnia (ascendência) e o nível socioeconômico são fatores que estabelecem relação entre os indivíduos e o ambiente em que vivem.

A maior concentração de mulheres em relação à faixa etária foi entre 60 e 65 anos (50,6%), consideradas “idosas jovens”, de acordo com a classificação de Ulhemberg (1987); os outros 49,4% de mulheres da amostra estavam distribuídos em faixas etárias acima de 65,1 anos. Esses resultados estão de acordo com a expectativa de vida para a região Sul e semelhantes aos indicadores sociais do IBGE (2000), o qual constatou que a população brasileira de idosos apresentava 50% de idosos entre 60 a 69 anos; outros 50% eram representados por idosos acima de 69,1 anos.

O percentual de mulheres casadas foi de 50,3%; de viúvas, de 40,9% e as solteiras e divorciadas eram 2,5% e 6,3%, respectivamente. Observou-se um alto percentual de viúvas (40,9%), resultados que corroboram com o censo de 1991, o qual revelou que 52,7% das mulheres com mais de 65 anos no Brasil eram viúvas, ao passo que somente 14,8% dos homens eram viúvos (BERQUÓ, 1999).

Dentre as mulheres entrevistadas, 78,8% eram de ascendência alemã, resultado que era esperado uma vez que o município de Marechal Cândido Rondon foi colonizado por descendentes de alemães,

migrantes do Rio Grande do Sul e Santa Catarina; inclusive, Marechal Cândido Rondon é considerada a cidade mais germânica do Paraná. As mulheres italianas constituíram 15,3% e as demais, 5,9%, eram de outras ascendências ou não souberam responder. No Brasil, a composição étnica dos idosos, de acordo com o censo de 1991, era de 60,8% de brancos, 38,1% de negros e 1% de indígenas e asiáticos (BERQUÓ, 1999). Conforme os resultados obtidos, o percentual de mulheres brancas é elevado, chegando a 95,4%, ao passo que as mulheres negras não apareceram como sujeitos da amostra.

O nível de escolaridade das idosas foi considerado baixo, quando analisado de acordo com a classificação da Anep (1997). As mulheres que possuíam o ensino fundamental (1^a a 4^a série) foram 79,4%; do ensino fundamental (5^a a 8^a série), 14,7%; ensino médio, 0,9%; ensino superior e pós-graduação, 0,3, e não estudaram 4,4%. No município de Marechal Cândido Rondon o índice de analfabetismo da população em geral chega a 14,1% (INEP, 2000). A baixa escolaridade, embora não fosse objeto desta pesquisa, foi justificada por fatores como a distância da escola, falta de condições financeiras, necessidade de trabalhar em casa e outros aspectos culturais.

O nível socioeconômico das mulheres de Marechal Cândido Rondon demonstrou características similares às da distribuição apresentada pela Anep (1997). De acordo com os resultados, 79,1% das mulheres estavam no nível C; 9,7%, no nível B2; 6,6%, no nível D; 4,1%, no nível B1 e 0,6%, no nível E. Esses resultados classificam-nas no nível socioeconômico

médio, similar ao encontrado para a região Sul (ANEPE, 1997).

Caracterização da avaliação da qualidade de vida e da satisfação com a saúde

A avaliação de qualidade de vida e a satisfação com a saúde são duas questões que compõem o Whoqol abreviado e estão analisadas separadamente do domínio físico.

A percepção de qualidade de vida positiva predominou em relação às demais respostas (Tabela 1), pois 72,8% das idosas avaliaram-na como “boa” ou “muito boa”, o que demonstra que, na sua maioria, elas estão satisfeitas com suas condições de vida.

Tabela 1. Caracterização da avaliação de qualidade de vida (QV)

Percepção da QV	n	%
1 – Muito ruim/ruim	8	2,5
2 – Nem ruim/nem boa	79	24,7
3 – Boa/muito boa	233	72,8
Total	320	100,0

Uma extensa revisão de literatura, realizada por Diener e Suh (1998) sobre a percepção de bem-estar subjetivo em homens e mulheres idosos e não idosos apresentou, dentre outras informações, que os idosos avaliam mais positivamente sua qualidade de vida que as pessoas mais jovens. Essa constatação é justificada em decorrência do grau de exigência e do acesso a facilidades dos mais jovens em relação aos mais velhos, o que conduz a que os primeiros valorizem mais o prazer e a satisfação pessoal que estes.

Os idosos apresentam nível de aspiração mais baixo do que os mais jovens, porque estão preparados a não esperar muito da vida; eles ajustam suas metas aos seus recursos e competências e, assim, esperam menos realizações e prazer que os mais jovens (NERI, 2001).

Os resultados da pesquisa com idosas em Marechal Cândido Rondon - PR foram positivos, confirmando a tendência apresentada por Diener e Suh (1998) com respeito à avaliação positiva de qualidade de vida.

Tabela 2. Caracterização satisfação com a saúde

Satisfação com a saúde	n	%
1 – Muito insatisfeita/insatisfeita	8	2,5
2 – Nem satisfeita/nem insatisfeita	79	24,7
3 – Satisfeita/muito satisfeita	233	72,8
Total	320	100,0

Na satisfação com a saúde (Tabela 2), 72,8% responderam que estavam satisfeitas ou muito satisfeitas. Muitos fatores contribuem para a percepção positiva de saúde, dentre os quais a ausência de dor (60% das mulheres sentiam nada ou pouca), a boa funcionalidade relatada, a satisfação com o desempenho de atividades e com a capacidade de trabalho, dentre outros fatores.

Resultados similares foram encontrados em estudo realizado com mulheres idosas em Florianópolis, onde 66,2% das mulheres idosas participantes da amostra demonstram percepção positiva de saúde (MAZO, 2003).

Caracterização do nível de atividade física

Para a categorização das mulheres, levaram-se em consideração atividades domésticas, de transporte, de jardinagem, de trabalho, lazer e atividades físicas como dançar, nadar, pedalar, andar e outras.

Tabela 3. Caracterização do nível de atividade física (NAF)

Nível de atividade física	n	%
1 – Sedentária ou insuficientemente ativa	75	23,5
2 – Ativa ou muito ativa	245	76,5
Total	320	100,0

De acordo com os resultados, as mulheres consideradas ativas ou muito ativas sobressaíram-se em três quartos (76,5%) às insuficientemente ativas ou sedentárias, que constituíam 23,5% da amostra (Tabela 3).

Esses resultados são bastante satisfatórios se comparados com os de estudos semelhantes que verificaram o nível de atividade física de mulheres adultas ou idosas. Uma pesquisa pública realizada por Backett (1992) verificou que as mulheres, em todas as idades, são menos ativas em seu tempo livre do que os homens. O autor constatou que somente 10% das mulheres com idade superior a 45 anos estavam engajadas em níveis adequados de atividade física, comparado com 30% dos homens. As justificativas apresentadas para a não-realização de atividades físicas foram as obrigações domésticas e o cuidado com os filhos, fato que não foi relatado na idade mais tardia, em que uma pequena minoria apresentava bons níveis de atividade física.

Dessa forma, os resultados deste estudo, considerando-se as diferenças metodológicas, demonstraram que as mulheres idosas de Marechal Cândido Rondon eram mais ativas do que as citadas no estudo de Backett.

Caracterização do domínio físico

No subdomínio dor e desconforto (Tabela 4) como impedimentos para a realização das tarefas diárias, 60,0% das idosas relataram não atrapalhar quase nada ou muito pouco, no entanto 40% relataram dor em alguma intensidade, o que, consequentemente, as atrapalha bastante ou extremamente nas tarefas que precisam desenvolver no dia-a-dia.

Na percepção de funcionalidade e mobilidade, 88,5% das mulheres relataram ser boa ou muito boa. A satisfação com a disposição (energia para o dia-a-dia) foi

relatada por 67,8% das mulheres, enquanto aproximadamente um terço (32,2%) declarou não possuir tanta disposição.

A satisfação com a capacidade de trabalho do dia-a-dia foi relatada por 84,4% das mulheres. Na satisfação com o desempenho de atividades do cotidiano, 84,4% delas responderam estar muito satisfeitas. Percebe-se, pois, uma relação forte entre os dois subdomínios. Já a satisfação com o sono foi relatada por 70,0% das mulheres, ao passo que 30% apresentavam insatisfação.

A satisfação e a manutenção da capacidade funcional têm importantes implicações para a qualidade de vida dos idosos, pois estão relacionadas com a sua capacidade de ocupar-se em tarefas no dia-a-dia e em manter sua autonomia e independência nas idades mais avançadas (ROSA et al., 2003).

Tabela 4. Caracterização do domínio físico

Domínios	Categorias	n	%
Dor e desconforto	1 – Nada ou pouca	202	60,0
	2 – Mais ou menos	57	17,8
	3 – Bastante ou extremamente	71	22,2
Energia	1 – Nada ou pouca	17	5,3
	2 – Mais ou menos	83	25,9
	3 – Muito ou completamente	230	67,8
Satisfação com o sono	1 – Muito insatisfeita ou insatisfeita	42	13,1
	2 – Nem satisfeita/nem insatisfeita	54	16,9
	3 – Satisfeita/ muito satisfeita	224	70,0
Funcionalidade e mobilidade	1 – Muito ruim/ruim	11	3,4
	2 – Nem ruim/nem boa	26	8,1
	3 – Boa/muito boa	283	88,5
Capacidade para o trabalho	1 – Muito insatisfeita ou insatisfeita	14	4,4
	2 – Nem satisfeita/nem insatisfeita	36	11,2
	3 – Satisfeita/muito satisfeita	270	84,4
Desempenho de atividades do cotidiano	1 – Muito insatisfeita ou insatisfeita	10	3,1
	2 – Nem satisfeita/nem insatisfeita	40	12,5
	3 – Satisfeita/muito satisfeita	270	84,4

Ressalta-se, no entanto, que metade das mulheres foi considerada idosas jovens e que até os 69 anos o sistema biológico do organismo decai aproximadamente de 10 a 30% (SHEPHARD, 1997), o que pode justificar a ausência de dores e a maior disposição (energia) para o trabalho e as atividades do dia-a-dia. Por outro lado, metade das mulheres possuía idade superior a 65,1 anos e idades mais avançadas. Como, no geral, as respostas foram positivas também nas idades mais avançadas, as justificativas podem estar no nível de atividade física habitual, pois 76,5% das mulheres foram classificadas como “ativas” ou “muito ativas”.

No domínio físico houve predominância de resultados positivos, que parecem ter influenciado de forma positiva também os 72,8% de mulheres satisfeitas com a sua qualidade de vida. Outra constatação que teve influência sobre as respostas positivas no domínio físico é o fato de que 76,6% das mulheres eram ativas ou muito ativas, o que demonstra a independência física e funcionalidade. Vale lembrar que as mulheres da amostra eram participantes dos grupos de convivência, onde se encontram poucas pessoas com dependência física severa.

Associação entre os subdomínios e o nível de atividade física habitual

Tabela 5. Associação entre o domínio físico e o NAF

Subdomínios	X ²	p*
Dor e desconforto	23,57	0,001
Energia para o dia-a-dia	11,43	0,003
Satisfação com o sono	2,56	0,057
Locomoção	19,25	< 0,000
Desempenho de atividades	6045	0,037
Capacidade de trabalho	17,96	< 0,000
Tratamento médico	8,29	0,001
Avaliação da QV	6,26	0,039
Satisfação com a saúde	14,56	0,001

*p ≤ 0,05

Os resultados no domínio físico (Tabela 5) demonstraram que houve associação estatisticamente significativa entre a maioria dos subdomínios e o NAF. Dentre os subdomínios estavam a dor funcional, a energia para o dia-a-dia, a capacidade de locomoção, a capacidade de trabalho, a satisfação com o desempenho de atividades do dia-a-dia e a necessidade de tratamento médico. Somente a satisfação com o sono não apresentou associação significativa com o NAF.

Considerando que o envelhecimento pode diminuir a capacidade funcional e, consequentemente, reduzir a qualidade de vida, e que um dos fatores de envelhecimento é o fenômeno do desuso, é recomendado o envolvimento em atividades físicas e mentais agradáveis e estimulantes. As atividades físicas representam uma espécie de antídoto que pode reduzir os efeitos do envelhecimento e manter a autonomia do idoso (NAHAS, 2001). No presente estudo, as mulheres que se declararam ativas apresentaram resultados de percepção de qualidade de vida mais positivos em relação às insuficientemente ativas.

Em pesquisa realizada por Neri (2001) sobre percepção de qualidade de vida, bem-estar subjetivo e satisfação global com a vida, envolvendo 54 mulheres com idade entre 55 e 64 anos, 65-74 anos e 75 anos ou mais que viviam na comunidade de Campinas - SP, a autora indicou seis dimensões componentes para a definição de qualidade de vida: autonomia, domínio, aceitação, crescimento pessoal, propósito e relações positivas com os outros. A análise dos dados revelou uma pontuação alta para todas as mulheres, independentemente de idade. O grupo de 75 anos apresentou as médias mais baixas em relação ao total da amostra. Não ocorreram diferenças significativas associadas à idade. A satisfação global com a vida esteve relacionada significativamente com todos os itens de domínio, crescimento e aceitação.

A percepção positiva de saúde verificada nas mulheres mais ativas participantes deste estudo também foi encontrada em pesquisa realizada por Koltyn (2001) com uma amostra de 135 mulheres americanas com mais de sessenta anos, que viviam independentes na comunidade ou eram levemente assistidas, tendo como objetivo verificar o componente percepção de saúde física como indicador de qualidade de vida. O estudo verificou que os resultados encontrados nos dois grupos foram significativos e mais altos ($p < 0,05$) nas mulheres que viviam independentes. O domínio com a maior magnitude de diferença entre os dois grupos foi a saúde física, com um efeito de tamanho de 1,3 para as mulheres ativas.

Conclusão

Com base nos resultados obtidos, verificou-se que metade das mulheres (50,6%) estava na faixa etária de 60 a 65 anos e a outra metade, acima de 65 anos. Metade das mulheres era casada; a maioria era de ascendência alemã, possuía nível de escolaridade baixo (ensino fundamental de 1^a a 4^a série) e nível socioeconômico considerado médio (nível C, ANEP, 1997).

Ao caracterizar os domínios que compõem a qualidade de vida, verificou-se que os resultados foram positivos.

No domínio físico, apesar de os resultados terem se mostrado positivos, destaca-se a presença de dor e desconforto em 40% das mulheres da amostra, independentemente de serem ativas ou insuficientemente ativas. No domínio psicológico, ressalta-se a capacidade de concentração, pois um terço (34%) das mulheres não estava satisfeita com sua capacidade de memória e concentração e um terço (31,4%) declarou não aproveitar a vida suficientemente. No domínio social, somente a satisfação com a vida sexual apresentou valores menores (42,8%) de satisfação e 25% não responderam à questão. No domínio ambiental, um percentual considerável (41,4%) das mulheres declarou não estarem satisfeitas com suas oportunidades de adquirir informações e um terço, com suas oportunidades de lazer.

Na associação entre o nível de atividade física, que entre as mulheres se mostrou positivo em 76,6%, e os subdomínios da qualidade de vida, verificou-se que as mulheres ativas sentiam menos dor, tinham

mais energia para o dia-a-dia, estavam mais satisfeitas com sua capacidade de locomoção, com a capacidade de trabalho e de desenvolver atividades no dia-a-dia e necessitavam de menos tratamento médico.

Abstract

The present study had as an objective to analyze indicators of life quality (physical) and, associate them to the level of habitual physical activity of elderly women who participate in close companionship groups of elderly in Marechal Cândido Rondon - PR. The sample was made up of 320 women in the age of 60 or older. The selection of the sample was done among the women from the 13 groups that voluntarily accepted to participate as subjects of the research. For the collection of the data a structured interview containing three parts was used. The first containing social-demographic aspects and social-economic classification; the second, quality of life (Whoqol – bref by World Health Organization) and the third, physical activity level (IPAQ – short version, by World Health Organization). In the statistic analysis of the results the distribution was in frequencies and percentage and the test of association in Qui-square, considering the significance $p < 0,05$. The results showed that 50,0% of the women were in the age of 60 to 65; 50,3% were married; 78,8% were descended from german; 79,4% went to elementary school (1st to 4th grades) and 79,1% were from the C social-economic level. In the characterization of the physical dominion, there were more positive

answers.. In the association of the physical activity level and the subdominions of life quality, the physical dominion was presented positively associated to the level of physical activity. Active women felt less pain and discomfort, had more energy, more satisfaction with the sleep, more capacity to move, more satisfaction with the performance of activities, more satisfaction with the capacity to work and less need of medical treatment.

Key words: quality of life, physical dominion, habitual physical activity, life style, elderly women.

Referências

- ANDREOTTI, R. A.; OKUMA, S. S. Validação de uma bateria de testes de atividades da vida diária para idosos fisicamente independentes. *Revista Paulista de Educação Física*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 46-66, jan./jun. 1999.
- ANEPE. Critério de classificação econômica Brasil. Disponível em: <www.anep.org.br/mural/anep/04-12-97-cceb>. Acesso em: 20 mar. 2003.
- BACKETT, K. The construction of health knowledge in middle class families. *Health Education Research – Theory & Practice*, v. 7, p. 497-507, 1992.
- BERQUÓ, E. Considerações sobre o envelhecimento da população do Brasil. In: NÉRI, A. L.; DEBERT, G. G. (Org.). *Velhice e sociedade*. Campinas, SP: Papirus, 1999.
- BOUCHARD, C. et al. *Physical activity, fitness, and health consensus statement*. Champaign, IL: Human Kinetics, 1993.
- CENDES, I. L. Fatores genéticos do envelhecimento. In: NÉRI, A. L. (Org.). *Desenvolvimento e envelhecimento*. Campinas, SP: Papirus, 2001.
- CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas,

- projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.
- DIENER, E.; SUH, M. E. Subjective well-being and older age: An international analysis. In: SCHIAIE, K. W.; LAWTON, M. P. (Org.). *Annual Review of Gerontology and geriatrics. Focus on emotion and adult development*, Nova York: Springer, v. 17, p. 304-324, 1998.
- FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, v. 34, n. 2, 2000.
- FRANÇA, L. H.; SOARES, N. E. A importância das relações intergeracionais na quebra de preconceitos sobre a velhice. In: VERAS, R. P. (Org.). *Terceira idade: desafios para o terceiro milênio*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.
- GUBIANE, G. L. Envelhecer com qualidade. *Caderno adulto*, Santa Maria, v. 4, p. 233-238. 2000.
- GUIMARÃES, R. M. É possível retardar o envelhecimento? In: GUIDI, M. L. M.; MOREIRA, M. R. de L. P. (Org.). *Rejuvenescer a velhice: novas dimensões da vida*. Brasília: Editora de Brasília, 1994.
- HEIKKINEN, R. L. *The role of physical activity in healthy aging*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Ageing and Health Programme, 1998.
- YUSUF, H. R. et al. Leisure-time physical activity among older adults. *Archivo Internacional de Medicina*, v. 156, p. 1321-1326, 1996.
- KOLTYN, F. L. The association between physical activity and quality of life in older women. *Women Health Issues*, Madison, v. 11, n. 6. nov./dez. 2001.
- IBGE. (2000). *Síntese de indicadores sociais*. Rio de Janeiro: IBGE, 2001.
- LAWTON, P. M. A multidimensional view of quality of life in frail elderly. In: BIRREN, J. E. et al. (Org.). *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego, CA: Academic Press, 1991.
- MATSUDO S. M. et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, v. 6, n. 2, p. 5-18, 2001.
- MAZO, G. Z. *Atividade física e qualidade de vida de mulheres idosas*. Tese (Doutorado) - Universidade do Porto, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, Portugal, 2003.
- NAHAS, M. V. *A atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. 2. ed. Londrina: Midiograf, 2001.
- NERI, A. L. *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas, SP: Papirus, 1993.
- _____ O fruto dá sementes: Processo de amadurecimento e envelhecimento. In: NÉRI, A. L. (Org.). *Maturidade e velhice*. Campinas, SP: Papirus, 2001.
- NIEMAN, D. C. *The exercise health connection*. Champaign, IL: Human Kinetics, 1998.
- NÓBREGA, A. C. L. et al. Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde do idoso. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 5, n. 6, p. 207-211, 1999.
- PAFFEMBARGER JÚNIRO, R. S.; LEE, I. M. Physical activity and fitness for health and longevity. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, v. 67, n. 3, p. 11-28, 1996.
- PATE, R. R. et al. Physical activity and public health: a recommendation from the centers for disease control and prevention and the American College of Sports Medicine. *American Medical Association, JAMA*, v. 273, n. 5, p. 402-407, 1995.
- PIMENTA, C. A. de M.; CAMPEDELLI, M. C. A dor no idoso. *A Terceira Idade*, v. 5, n. 7, p. 15-19, 1993.
- ROSA, T. E. da C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.
- ROSENFELD, S. Os idosos e os medicamentos na sociedade. In: VERAS, R. P. (Org.). *Terceira*

Qualidade de vida e atividade física...

idade: desafios para o novo milênio. Rio de Janeiro. Relume Dumará: UnATI/Uerj, 1997.

SHARKEY, B. J. *Fitness and health*. 5. ed. Champaign, IL: Human Kinetics, 2001.

SHEPHERD, R. J. *Aging, physical activity, and health*. Champaign, IL: Human Kinetics, 1997.

SILVA, M. A. da. Exercício e qualidade de vida. In: GHORAYEB, N.; BARROS, T. *O exercício: preparação fisiológica, avaliação médica, aspectos especiais e preventivos*. São Paulo: Atheneu, 1999.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K. *Métodos de pesquisa em atividade física*. Trad. Ricardo Petersen et al. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

UENO, L. M. A influência da atividade física na capacidade funcional: envelhecimento. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, v. 4, n. 2, p. 57-68, 1999.

UHLEMBERG, P. A. A demographic perspective on aging. In: SILVERMAN, P. (Org.). *The elderly as modern pioneers*. Indiana: Indiana University, 1987.

VERAS, R. P. *País jovem de cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

VITTA, A. Atividade física e bem-estar na velhice. In: NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (Org.). *E por falar em boa velhice*. Campinas, SP: Papirus, 2000.

WHOQOL abreviado – OMS – versão em português. 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/Whoqol84.html>>. Acesso em: 20 mar. 2003.

Endereço

Eneida Maria Troller Conte
Centro de Ciências Humanas,
Educação e Letras
Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Rua Pernambuco, 1777
CEP 45960-000
Marechal Cândido Rondon - PR