

Prática regular de atividade física e sedentarismo: influência na qualidade de vida de idosas

Janice Chaim*, Maria Elena Ramundo**, Claudia Adriana Sant'anna Ferreira***, Denise Rodrigues Yuaso****

Resumo

O estudo visa comparar a qualidade de vida (QV) de idosas praticantes de atividade física regular e de idosas sedentárias nos domínios físico, psicológico, social e ambiental. Trata-se de um estudo descritivo, observacional, transversal. Foi aplicado o Mini Exame do Estado Mental, com inclusão das alfabetizadas que apresentaram pontuação acima de 18 e das analfabetas com pontuação acima de 14. Dividiram-se os sujeitos em dois grupos: grupo Atividade Física (AF), composto por 16 idosas praticantes de atividade física regular, e grupo Sedentárias (SE), composto por 15 idosas sedentárias. Aplicaram-se o questionário de identificação e questionário de qualidade de vida WHOQOL-bref. A faixa etária média foi de 70,8 ($\pm 7,0$) anos no grupo AF e 69,7 ($\pm 6,2$) anos no grupo SE. No Whoqol-bref as pontuações médias dos grupos AF

e SE foram, respectivamente: 74,8 ($\pm 12,9$) e 60,2 ($\pm 20,2$) no domínio físico; 68,8 ($\pm 11,6$) e 60,8 ($\pm 20,9$) no psicológico; 78,1 (± 10) e 66,1 ($\pm 22,2$) no social; 66,8 ($\pm 11,5$) e 57,5 ($\pm 15,4$) no domínio ambiental. A prática regular de atividade física proporcionou, no grupo AF, maiores pontuações no WHOQOL-bref, com diferenças estatisticamente significantes nos domínios social ($p = 0,050$) e ambiental ($p = 0,047$) se comparado ao grupo SE. No domínio físico, o grupo AF apresentou diferença ($p = 0,054$), porém estatisticamente não significante. Esses resultados nos permitem concluir que o estilo de vida ativo adotado pelas idosas praticantes de atividade física regular foi capaz de melhorar a sua QV em comparação com as idosas sedentárias.

Palavras-chave: Idoso. Qualidade de vida. Atividade física. Exercício físico. Estilo de vida.

* Fisioterapeuta graduada pelo Centro Universitário São Camilo. Graduada em História pela Universidade de São Paulo. Especialista em Acupuntura pelo Centro Científico Cultural Brasileiro de Fisioterapia. Especialista em Gerontologia pelo Centro Universitário São Camilo. Aprimorada em Fisioterapia em Geriatria e Gerontologia pelo Hospital das Clínicas de São Paulo: Endereço para correspondência: Rua Capitão Sérgio Rodrigues Caldas, 410, CEP: 02244-040, São Paulo - SP. E-mail: janicechaim@yahoo.com.br

** Fisioterapeuta graduada pelo Centro Universitário São Camilo.

*** Fisioterapeuta. Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo. Professora do curso de Fisioterapia do Centro Universitário São Camilo. Coordenadora adjunta do curso de Fisioterapia e coordenadora do curso de Pós-Graduação de Fisioterapia Respiratória e Reabilitação Cardiopulmonar do Centro Universitário São Camilo.

**** Fisioterapeuta graduada pela Universidade do Oeste Paulista. Mestre em Gerontologia pela Universidade Estadual de Campinas. Doutoranda em Uroginecologia pela Universidade Federal de São Paulo. Membro da International Continence Society e Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Coordenadora do curso de Pós Graduação em Fisioterapia Uroginecológica do Departamento de Ginecologia da Universidade Federal de São Paulo. Professora do curso de Pós-Graduação em Fisioterapia Uroginecológica do Departamento de Ginecologia da Universidade Federal de São Paulo e do curso de Pós-Graduação em Fisioterapia Respiratória e Pós-Graduação em Gerontologia do Centro Universitário São Camilo.

↳ Recebido em agosto de 2009 – Avaliado em março de 2010.

↳ doi:10.5335/rbceh.2010.019

Introdução

O termo qualidade de vida (QV) foi definido pela Organização Mundial da Saúde como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. (THE WHOQOL GROUP, 1994, apud FLECK, 1999).

Segundo Vieira (1996), qualidade de vida diz respeito ao estado ou condição benéfica de vida em que os componentes que interferem no bem-estar físico, mental e social estão devidamente controlados. Inclui, portanto, uma variedade 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. (PASCHOAL, 2006).

A preocupação com a QV dos indivíduos adquire especial importância diante do atual panorama mundial de longevidade e cronicidade de doenças, fenômeno também presente no Brasil. (JOIA, 2007). A transição demográfica vivenciada em nosso país foi acompanhada por uma transição epidemiológica, caracterizada pela menor incidência de doenças infecto-contagiosas, maior prevalência de doenças crônico-degenerativas e pela retangularização das curvas de sobrevivência. (CALDEIRA; RIBEIRO, 2004; CHAIMOWICZ, 2006).

As estimativas para os próximos vinte anos indicam que a população idosa poderá exceder trinta milhões de pessoas ao final desse período, chegando a repre-

sentar quase 13% da população, segundo dados do IBGE (2009). Destacam-se também os diferenciais de expectativa de vida entre os sexos, com menor mortalidade da população feminina, delineando o fenômeno conhecido como feminização da velhice, processo que no Brasil se configura como tipicamente urbano. (CAMARANO, 2003).

Doenças cardiovasculares, osteoartrite, osteoporose e hipertensão arterial sistêmica estão muito presentes entre a população idosa, segundo a World Health Organization (WHO, 2002). Estudo mostrou que, em média, o número de condições crônicas aumentava de 4,6 para 5,8 entre os 65 e 75 anos de idade. (CHAIMOWICZ, 1997).

Cada vez mais tem se evidenciado a prática de atividade física como recurso para minimizar a degeneração provocada pelo envelhecimento. Mais além, considerando seu potencial em estimular várias funções essenciais do organismo, mostra-se não só um coadjuvante no tratamento e controle de doenças crônico-degenerativas, mas também essencial na manutenção das funções do aparelho locomotor, principal responsável pela autonomia e independência do idoso. (OKUMA, 2004).

Há expressiva associação entre estilo de vida ativo, menor possibilidade de morte e melhor QV. Os indivíduos fisicamente aptos e/ou treinados tendem a apresentar menor incidência da maioria das doenças crônico-degenerativas, o que se explica pelos benefícios fisiológicos e psicológicos decorrentes da prática regular da atividade física. (CARVALHO et al., 2001).

Alguns estudos confirmam que grande parte do declínio frequentemente atribuído ao envelhecimento biológico é provocado pela atrofia por desuso, resultante da inatividade física. (VITTA, 2000; OKUMA, 2004; SPIRDUSO, 2005).

Avaliar a QV não é tarefa simples, uma vez que diversas dimensões e variáveis de diferentes complexidades estão embutidas nesse conceito. Definir quais os fatores que determinam uma boa QV e entender como os próprios idosos compreendem tal conceito são aspectos a serem investigados ao se abordar o tema. (PASCHOAL, 2006).

Este trabalho teve como objetivo comparar a QV de idosas praticantes de atividade física regular e de idosas sedentárias nos domínios físico, psicológico, social e ambiental.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, com corte transversal. A coleta de dados teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário São Camilo, no ano de 2007 (Processo nº 118/06), sendo aprovado conforme os requisitos da Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS-MS). Houve prévio esclarecimento aos participantes sobre o desenvolvimento e os objetivos da pesquisa e, em seguida, os sujeitos que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a caracterização da população do estudo foram respeitados os critérios da Organização Mundial de Saúde para

idosos residentes em países em desenvolvimento: indivíduos com idade ≥ 60 anos. Foram incluídos no estudo idosos frequentadores do Centro Social da Terceira Idade de um bairro do município de São Paulo - SP, no período de novembro de 2006 a janeiro de 2007.

Procedimentos

Todas as candidatas à pesquisa foram primeiramente avaliadas por meio do Mini Exame do Estado Mental – MEEM (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUG, 1975; BERTOLUCCI et al., 1994), instrumento de rastreio para o diagnóstico de demência. Os sujeitos que apresentaram pontuação acima de 18 e que eram alfabetizados e acima de 14 para analfabetos foram incluídos no estudo. Os sujeitos foram divididos em dois grupos. O primeiro, denominado de grupo Atividade Física (AF), constituiu-se de 16 idosas praticantes de atividade física regular por duas vezes na semana com pelo menos cinquenta minutos de duração e com, no mínimo, um ano de prática, no Centro Social da Terceira Idade de um bairro do município de São Paulo - SP. As atividades eram realizadas em grupo e caracterizavam-se por uma intensidade de leve a moderada. O programa incluía basicamente alongamentos, exercícios ativos, resistidos e, movimentos para adequação postural. O segundo grupo, Sedentárias (SE), foi constituído por 15 idosas, frequentadoras do Centro Social da Terceira Idade de um bairro do município de São Paulo - SP e que não praticavam atividade física regular, ou seja, sedentárias.

Instrumentos de avaliação

Neste estudo foram utilizados vários instrumentos para analisar as variáveis pesquisadas. No primeiro – questionário de identificação –, os sujeitos do estudo responderam a um questionário contendo dados de identificação pessoal (nome, sexo, data de nascimento, peso, altura, escolaridade); informações sobre hábitos de vida (tabagismo; etilismo); uso de medicamentos; presença de patologias (diabetes, hipertensão arterial sistêmica, artrose, osteoporose, neoplasias, outras); cirurgias prévias; realização de atividade física (há quanto tempo, frequência, duração diária, atividade física praticada ao longo da vida); vida profissional; aposentadoria.

No segundo, foi aplicado o instrumento WHOQOL-bref para avaliar a qualidade de vida (QV) de todos os sujeitos do estudo. O WHOQOL-bref, que é a versão abreviada do original WHOQOL-100, consiste de 26 questões, referentes a quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Esses domínios são divididos em 24 facetas como as do instrumento original e duas questões gerais de QV. Cada uma dessas facetas é avaliada por uma questão. (FLECK, 2000).

Análise estatística

A análise estatística constou dos testes não paramétricos de Mann-Whitney, Wilcoxon, igualdade de duas proporções, correlação de Spearman e teste de correlação. Na complementação da análise descritiva utilizou-se a técnica de inter-

valo de confiança para média. O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$).

Resultados e discussão

Foram avaliadas 31 idosas residentes na comunidade, com faixa etária média de 70,8 ($\pm 7,0$) anos no grupo AF e de 69,7 ($\pm 6,2$) anos no grupo SE, apresentando-se acima da média predominante da população residente na região Sudeste, de acordo com indicadores do IBGE (2009), que mostram o maior número de idosos entre 60 a 64 anos (2,8%); os idosos na faixa etária entre 65 a 69 anos correspondem a 2,1%; de 70 a 74 anos, 1,4%, e com 75 anos ou mais, 1,7%.

A amostra foi constituída em sua totalidade pelo gênero feminino, o que está relacionado ao predomínio de mulheres idosas no Brasil e no mundo, caracterizando o fenômeno da feminização na velhice. De acordo com os dados do IBGE (2009), havia no Brasil, em 2002, cerca de 16 milhões de pessoas com sessenta anos ou mais, representando 9,3% da população; desse total, 56% eram mulheres.

Segundo a WHO (2000), em países desenvolvidos as mulheres vivem, em média, de seis a oito anos mais que os homens, e essa prevalência ocorre em, pelo menos, 35 países. Mesmo nos países em desenvolvimento, onde a expectativa de vida das mulheres é marcadamente diferente, as mulheres apresentam uma expectativa de vida bem maior do que a masculina.

Para Silva (2005), além de viver mais, as mulheres de idade avançada es-

tão mais expostas à pobreza e à solidão, detêm maiores taxas de institucionalização, possuem maior risco de morbidade, consultam mais médicos e têm menos oportunidades de contar com um companheiro em seus últimos anos de vida, o que coloca a mulher idosa num grupo social que merece intervenções as quais levem em conta as suas condições específicas. Portanto, a mulher idosa possui particularidades que a tornam objeto de preocupação em diversos estudos na atualidade, inclusive neste, justificando a importância de uma amostra constituída em sua totalidade pelo gênero feminino.

Quando comparadas para cada um dos domínios do WHOQOL, utilizando o teste de Mann-Whitney, as pontuações médias do grupo AF foram: 74,8 ($\pm 12,9$) no domínio físico, 68,8 ($\pm 11,6$) no domínio psicológico, 78,1 ($\pm 10,0$) no domínio social e 66,8 ($\pm 11,5$) no domínio meio-ambiente. As pontuações médias do grupo SE foram: 60,2 ($\pm 20,2$) no domínio físico, 60,8 ($\pm 20,9$) no domínio psicológico, 66,1 ($\pm 22,2$) no domínio social e 57,5 ($\pm 15,4$) no domínio meio ambiente (Tabela 1).

Tabela 1 - Comparação entre os grupos atividade física (AF) e sedentários (SE), com relação aos domínios físico, psicológico, social e meio ambiente do questionário de qualidade de vida WHOQOL-bref.

Domínios	G	n	M	DP	CV	Q1	Md	Q3	IC	p
Físico	AF	16	74,8	12,9	17,2	70,5	75,0	85,7	6,3	0,054
	SE	15	60,2	20,2	33,6	44,6	53,6	76,8	10,2	
Psicológico	AF	16	68,8	11,6	16,9	61,5	70,8	76,0	5,7	0,302
	SE	15	60,8	20,9	34,3	50,0	62,5	77,1	10,6	
Social	AF	16	78,1	10,0	12,8	72,9	79,2	83,3	4,9	0,050*
	SE	15	66,1	22,2	33,5	54,2	66,7	75,0	11,2	
Ambiental	AF	16	66,8	11,5	17,2	60,9	68,8	73,4	5,6	0,047*
	SE	15	57,5	15,4	26,8	51,6	56,3	62,5	7,8	

Nota: G = Grupos; M = média; DP: desvio-padrão; CV = coeficiente de variação; Q1 = primeiro quartil; Md = mediana; Q3 = terceiro quartil; IC = intervalo de confiança.

Os resultados apresentados na Tabela 1 demonstram que o grupo AF atingiu maiores pontuações quando comparado ao grupo SE. Foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos SE e AF nos domínios social

($p = 0,050$) e ambiental ($p = 0,047$). Pode-se destacar que no domínio físico o grupo AF também apresentou diferença ($p = 0,054$), porém estatisticamente não significativa (Figuras 1 e 2).

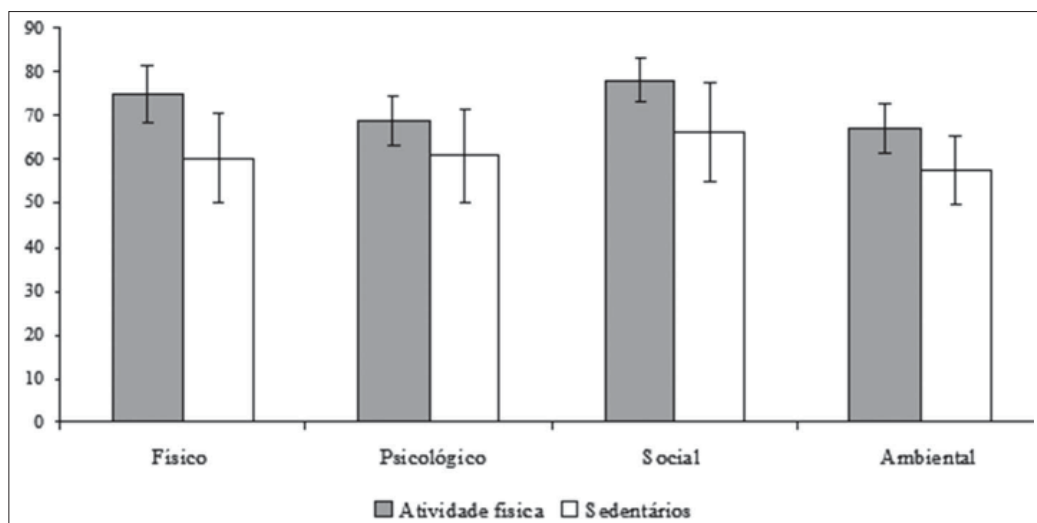


Figura 1 - Comparação entre os grupos atividade (AF) e sedentários (SE), com relação aos domínios físico, psicológico, social e ambiental do instrumento WHOQOL-bref.

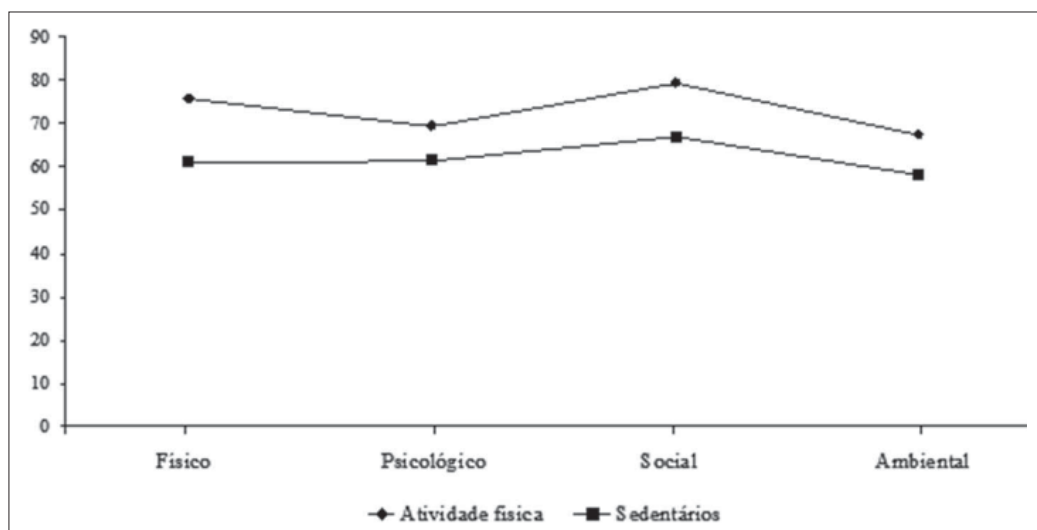


Figura 2 - Evolução da comparação entre os grupos atividade física (AF) e sedentários (SE) com relação aos domínios físico, psicológico, social e ambiental do instrumento WHOQOL-bref.

O WHOQOL-bref foi o questionário de escolha para avaliação da QV porque esta versão se caracteriza como um instrumento curto que demanda pouco tempo para o preenchimento, de fácil aplicabilidade em estudos epidemiológicos e/ou com utilização de múltiplos instrumentos de avaliação, além de manter características psicométricas satisfatórias tal qual sua versão original (WHOQOL-100). Concordando com Fleck (2000), esta versão breve foi utilizada por se adequar ao perfil do estudo.

Na maioria das questões do WHOQOL-bref, a compreensão por parte das respondentes foi bastante rápida, uma vez que respondiam prontamente aos questionamentos. No entanto, as questões “Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?” e “Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?” geraram muitas dúvidas, pois a primeira teve de ser repetida muitas vezes para cada participante do estudo até que fosse obtida uma resposta, e a segunda, porque algumas respondentes diziam que, por não terem vida sexual ativa, não sabiam qual alternativa escolher. Portanto, nessas questões pode-se sugerir que as alternativas escolhidas não sejam completamente fidedignas à real intenção de resposta.

Como resultados desse questionário, o grupo AF atingiu maiores pontuações nos domínios físico, psicológico, social e meio ambiente em comparação com o grupo SE, com diferença estatisticamente significativa entre os grupos nos domínios social ($p = 0,050$) e ambiental ($p = 0,047$). Assim, para o grupo AF estes dois últimos domínios foram mais relevantes na avaliação da QV.

Nossos resultados diferem em parte daqueles encontrados por Pereira et al. (2006), que investigou a contribuição de cada domínio da QV (físico, social, psicológico e ambiental) na QV global e em que extensão esses domínios explicam a QV global de idosos residentes no município de Teixeira, na região Sudeste do Brasil. Os autores realizaram um estudo observacional de corte transversal, com 211 indivíduos com idade igual ou superior a sessenta anos. O instrumento utilizado foi o WHOQOL-Bref. No estudo, nenhuma das variáveis sociodemográficas interferiu significativamente no domínio global da QV e, entre os quatro domínios, o que mais explicou a QV global foi o físico, seguido do ambiental e do psicológico; o domínio social não mostrou contribuição significativa na QV global.

O menor papel atribuído ao aspecto físico na nossa amostra corrobora o estudo de Moraes e Souza (2005), no qual o envelhecimento bem-sucedido está associado não só ao aspecto físico, mas também a fatores como relações familiares e de amizade, saúde e bem-estar percebido e suporte psicossocial. Em estudo realizado com quatrocentos idosos socialmente ativos da região Metropolitana de Porto Alegre, os autores constataram que a manutenção da independência para as atividades da vida diária, autonomia e satisfação com relacionamento familiar e amizades foram fatores preditivos independentes do envelhecimento bem-sucedido, tanto para homens como para mulheres. Conforto material, sentir-se fisicamente bem, imagem corporal e aparência, autoestima, sentimentos positivos,

relações interpessoais, suporte social, participação em atividades recreativas, sexualidade, espiritualidade e crenças foram preditivos para as mulheres.

Em estudo realizado por Joia et al. (2007), com o objetivo de descrever os fatores associados ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos, os autores relataram que a maioria dos idosos estava satisfeita com sua vida em geral e em aspectos específicos e que o grau de satisfação com a vida esteve associado com conforto domiciliar; valorizar o lazer como QV; acordar bem pela manhã; não referir solidão; fazer três ou mais refeições diárias e a referência de não possuir diabetes Mellitus. Mais uma vez, portanto, foi demonstrado que os idosos, em sua maioria, apresentaram satisfação com a vida associada a situações relacionadas ao bem-estar em geral, mais do que com o aspecto físico isoladamente.

Uma boa QV está associada também à capacidade de interagir socialmente, característica fundamental para o idoso, a fim de que ele possa conquistar e manter as redes de apoio social, de acordo com estudo realizado por Gray. (1992, apud CARNEIRO; FALCONE, 2004). Este trabalho, assim como o presente estudo, verificou que a satisfação de vida é influenciada pelo modo como as pessoas se sentem quanto aos seus relacionamentos interpessoais e que o apoio social desempenha um papel importante nesse processo.

Neri (2001) destaca que a manutenção de relações sociais com o cônjuge, com os familiares e, sobretudo, com amigos da mesma geração favorece o

bem-estar psicológico e social dos idosos; os relacionamentos entre amigos idosos são particularmente benéficos, porque são de livre escolha e, assim, mais funcionais ao atendimento das necessidades afetivas dos envolvidos; a qualidade percebida é mais importante do que a quantidade de relacionamentos para as relações sociais e a saúde física e mental e que as relações sociais entre as mulheres são qualitativamente superiores às dos homens, porque elas têm mais habilidades interpessoais, são mais calorosas e capazes de estabelecer relações de intimidade.

Portanto, o aspecto social no processo de envelhecimento ganha destaque na sua capacidade de interferir na QV do indivíduo.

Para Bandura (2004), os recursos sociais, juntamente com os recursos psicológicos, são um caminho na determinação das implicações da capacidade funcional na vida das pessoas. Os fatores psicológicos refletem a percepção subjetiva do indivíduo e sua avaliação da situação, que é importante na adaptação à incapacidade, e funcionam como recursos de enfrentamento, atenuando a adversidade de situações estressantes e auxiliando no manejo do ambiente social e físico. Assim, os fatores psicossociais têm grande potencial para determinar como a vida estendida será vivida.

Paschoal (apud RABELO; NERI, 2005) considerou a diferença entre as expectativas do indivíduo e sua realização, mostrando que a boa QV envolve quanto o indivíduo realizou daquilo que considera importante, a distância entre o idealizado e o realizado e a satisfação

com o que foi possível concretizar até o momento. As dimensões de QV consideradas importantes para os idosos pesquisados, no estudo descrito, foram: saúde (estado de saúde, doenças, deficiências dos sentidos, viver sem dor importante, etc.); capacidade funcional (dependência em geral, nas atividades de vida diária e instrumentais, controle sobre a própria vida etc.); dimensão psicológica (alegria, tristeza, gostar de si mesmo, aproveitar a vida etc.); dimensão social (abandono da família, ser lembrado pelos filhos, os filhos estarem bem etc.); dimensão econômica (aposentadoria, ter casa própria, ter lugar para morar etc.); dimensão ambiental (violência, poluição etc.); hábitos e estilos de vida (tabagismo, elitismo, atividade física etc.) e a espiritualidade.

Esses dados apontam para a grande abrangência do termo QV, o qual inclui o paradoxo existente entre a capacidade dos indivíduos de se ajustar à diversidade e a dificuldade das experiências de vida, mantendo níveis positivos de bem-estar e QV, conforme descrevem Rabelo e Neri (2005). Esse paradoxo é sintetizado por Albrecht e Devlieger (1999) no seguinte questionamento: “Por que muitas pessoas com incapacidades sérias e persistentes relatam que experimentam boa ou até mesmo excelente QV, quando a maioria dos observadores externos destes indivíduos acredita que estes têm uma existência indesejável?”

Os autores sugerem que a boa QV depende do balanço entre corpo e mente e da manutenção de relações harmoniosas dentro dos contextos pessoais e sociais. Partindo desse princípio, indicam que é possível encontrar indivíduos incapacitados

capazes de produzir e manter esse equilíbrio e, consequentemente, experimentar alta QV, ao passo que outros não são capazes de lidar com suas condições de saúde, têm limitados recursos, pouco conhecimento e restrições ambientais.

Quanto ao ambiente e sua relação com a QV, Cohen et al. (2004) ressaltam que a saúde está relacionada ao modo de viver das pessoas e suas interações com o meio ambiente, não somente com a ideia hegemônica do determinismo biológico e genético. Nesse sentido, a habitação aparece como aspecto fundamental na promoção da saúde e o conceito de habitação saudável está intimamente relacionado à QV.

Cabe aqui ressaltar que o termo QV foi definido pelo Grupo de Qualidade de Vida da WHO como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. (THE WHOQOL GROUP, 1994, apud FLECK, 1999).

Ainda com relação a essa conceituação, Vecchia et al. (2005) mostram que o conceito de QV está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos, como a CF, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais e éticos, a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o trabalho, com atividades diárias e o ambiente em que se vive. Portanto, entender a subjetividade inerente à QV significa compreender a ampla dimensão deste conceito, o que

permite explicar as diferenças entre os resultados.

Conclusões

A prática regular de atividade física proporcionou, no grupo AF, maiores pontuações no WHOQOL-bref com diferenças estatisticamente significantes nos domínios social e ambiental se comparado ao grupo SE. Esses resultados nos permitem concluir que o estilo de vida ativo adotado pelas idosas praticantes de atividade física regular foi capaz de melhorar a sua QV em comparação com as idosas sedentárias.

Regular practice of physical activity and sedentarism: influence on female elderly's quality of life

Abstract

The study aims to compare the quality of life (QV) of female elderly practicing regular physical activity and sedentary female elderly in the physical, psychological, social and environmental domains. This is a descriptive, observational and cross study. The mini mental state examination was applied, including the illiterate who had scores above 18 and the literate with scores above 14. The sample was divided into two groups: Physical activity group (AF), 16 female elderly, practicing regular physical activity, sedentary group (SE), 15 sedentary female elderly. An identification questionnaire and quality of life questionnaire WHOQOL-bref was applied. The average age was 70,8 ($\pm$ 7,0) years in the AF group and 69,7 ($\pm$ 6,2) years in SE group. In WHOQOL-bref, the average scores of the AF and SE groups and were, respectively: 74,8 ($\pm$ 12,9) and 60,2 ($\pm$ 20,2) in

the physical domain; 68,8 ($\pm$ 11,6) and 60,8 ($\pm$ 20,9) in the psychological; 78,1 ($\pm$ 10,0) and 66,1 ($\pm$ 22,2) in the social; 66,8 ($\pm$ 11,5) and 57,5 ($\pm$ 15,4) in the environmental domain. The regular practice of physical activity provided in the AF group higher scores in the WHOQOL-bref, with statistically significant differences in social ($p = 0,050$) and environmental ($p = 0,047$) when compared to SE group. In the physical domain, the AF group showed difference ($p = 0,054$) but not statistically significant. These results allow us to conclude that the active lifestyle adopted by the female elderly practitioners of regular physical activity was able to improve QL of them, compared with the sedentary female elderly.

Key words: Aged. Quality of life. Motor activity. Exercise. Life style.

Agradecimentos

Ao Centro Social Nossa Senhora do Rosário.

Referências

- ALBRECHT, G. L.; DEVILIEGER, P. J. The disability paradox: high quality of life against all odds. *Social Science & Medicine*, v. 48, n. 4, p. 977-988, 1999.
- BANDURA, A. Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, v. 31, n. 2, p. 143-164, 2004.
- BERTOLUCCI, P. H. F. et al. Proposta de padronização do mini-exame do estado mental (MEEM): estudo piloto cooperativo. *Arquivo de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v. 52, n. 225, p. 1-7, 1994.
- CALDEIRA, A. P. S.; RIBEIRO, R. C. H. M. O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. *Arquivos de Ciências da Saúde*, São José do Rio Preto, v. 11, n. 2, p. 100-104, 2004.

- CARNEIRO, R. S.; FALCONE, E. M. O. Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 9, n. 1, p. 119-129, jan./abr. 2004.
- CAMARANO, A. A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 35-63, 2003. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000300004&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 12 maio 2009. DOI: 10.1590/S0103-40142003000300004.
- CARVALHO, T. et al. *Atividade e saúde*. Associação Médica Brasileira. Conselho Federal de Medicina. Sociedade Brasileira de Medicina no Esporte. 2001. 5 f. Projeto Diretrizes. Disponível em: <www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/017.pdf>. Acesso em: 12 maio 2009.
- CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.
- _____. Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E. V. et al. (Org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 79-84.
- COHEN, S. C. et al. Habitação saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. *Ciências em Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 807-813, jul./set. 2004.
- FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 2, abr. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101999000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 maio 2009.
- FLECK, M. P. A. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000.
- FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUG, P. R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, v. 12, n. 89, p. 189-198, 1975.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15 maio 2009.
- JOIA, L. C.; RUIZ, T.; DONALISIO, M. R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 131-138, 2007.
- MORAES, J. F. D.; SOUZA, V. B. A. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 302-308, 2005.
- NERI, A. L. (Org.). *Palavras-chave em gerontologia*. São Paulo: Alínea, 2001.
- OKUMA, S. S. *O idoso e a atividade física: fundamentos e pesquisa*. 3. ed. São Paulo: Papirus, 2004.
- PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E. V. et al. (Org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 79-84.
- PEREIRA, L. S. M. et al. Fisioterapia em gerontologia. In: FREITAS, E. V. et al. (Org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1198-1208.
- RABELO, D. F.; NERI, A. L. Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 3, p. 403-412, 2005.

SILVA, M. C. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. *Textos sobre Envelhecimento*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 43-60, 2005.

SPIRDUSO, W. W. *Força e endurance muscular: dimensões físicas do envelhecimento*. São Paulo: Manole, 2005.

VECCHIA, R. D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 246-252, 2005.

VIEIRA, E. B. *Manual de gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares*. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

VITTA, A. Atividade física e bem-estar na velhice. In: NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (Org.). *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papirus, 2000. p. 81-89.

WHO. World Health Organization. *Women, ageing and health*. 2000. Disponível em: <www.who.int/mediacentre/factsheets/fs252/en>. Acesso em: 15 maio 2009.

_____. World Health Organization. *Active ageing: a policy framework: a contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing*. Madrid, Spain: WHO, 2002.