

UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Mestrado em Educação Física

**SIGNIFICADO DE QUALIDADE DE VIDA PARA MULHERES ACIMA DE 60
ANOS PRATICANTES E NÃO PRATICANTES DE EXERCÍCIOS FÍSICOS**

CARLOS ALBERTO DE QUEIROZ JUNIOR

PIRACICABA
2010

UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Mestrado em Educação Física

CARLOS ALBERTO DE QUEIROZ JUNIOR

SIGNIFICADO DE QUALIDADE DE VIDA PARA MULHERES ACIMA DE 60 ANOS PRATICANTES E NÃO PRATICANTES DE EXERCÍCIOS FÍSICOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação *Stricto sensu* em Educação Física, nível mestrado, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Metodista de Piracicaba, como exigência da banca de qualificação como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Física.

Área de concentração: Motricidade Humana.
Linha de pesquisa: Corporeidade e Pedagogia do Movimento.

Orientadora: Professora Dra. Regina Maria Rovigati Simões

Piracicaba, SP
2010

Queiroz Junior, Carlos Alberto de.

Significado de Qualidade de Vida para mulheres acima de 60 anos praticantes e não praticantes de exercícios físicos. Piracicaba, 2009.

155p.

Orientadora: Professora Dra. Regina Maria Rovigati Simões.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Educação Física – Universidade Metodista de Piracicaba.

1. Qualidade de Vida. 2. Idosa 3. Exercício Físico

Carlos Alberto de Queiroz Júnior

Significado de Qualidade de Vida para mulheres acima de 60 anos praticantes e não praticantes de exercícios físicos.

Dissertação (mestrado) do Programa de Pós- Graduação em Educação Física – Universidade Metodista de Piracicaba;

Área de concentração Corporeidade e Pedagogia do Movimento;

Data de aprovação ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Professora Dra. **Regina Maria Rovigati Simões**

Professora Dra. **Maria de Lourdes Borges**

Professor Dr. **Wagner Wey Moreira**

Dedicatória

À minha mãe, meu pai e minha esposa, por todo apoio e pelos ótimos exemplos de amor à vida.

A minha amada esposa, *Cláudia*, que sempre se faz presente, carinhosa e fraternalmente, alentando-me em todos os momentos da vida e incentivando os estudos e reflexões que favorecem a dignidade de nossa existência.

Aos meus dois filhos, *João Pedro e Vinícius*, que tanto alegram a minha vida e que, acredito, compreendem o viver da corporeidade.

Agradecimentos

A conquista dessa etapa acadêmica me permitiu tantas experiências significativas que, certamente, não poderão ser condensadas neste espaço. Entretanto, não posso deixar de arriscar alguns agradecimentos.

Acima de tudo, agradeço a Deus, que me abençoou com saúde, proteção e sabedoria para aproveitar intensamente esse momento de estudo e novas vivências.

À minha orientadora, professora Dr^a. Regina Simões , por esta oportunidade única de crescimento, pelo compromisso, paciência e sabedoria com que me orientou durante a realização deste trabalho, pelas palavras amigas que me estimularam a continuar.

À professora Elmira, coordenadora do curso de Educação Física do CESUBE pela valorização de meu trabalho e pelo apoio constante ao meu aperfeiçoamento.

À banca examinadora composta pelos Professores Doutores Wagner Wey Moreira e Maria Lourdes Borges pela atenção e contribuição neste trabalho. Ao carinho e amizade que dedicaram a mim.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Educação da UNIMEP, em especial ao professores Marcelino, Tânia e Wagner pela valiosa contribuição de nossos encontros à elaboração desta dissertação, à minha formação profissional e enquanto ser-no-mundo.

A meus alunos do curso de educação física de Uberaba que colaboraram muito na realização de minha pesquisa de campo, em especial aos alunas Taciana, Douglas, Edson e Carla e as ex-alunas hoje professoras, Taciana, Karol e Tatiana.

À Unidade de Atenção ao Idoso de Uberaba, pelo espaço concedido e por ter oferecido todas as condições.

A coordenadora geral da UAI Sra. Darley e a coordenadora pedagógica Geovana que disponibilizou todos os dados da instituição para realização desta pesquisa.

Aos professores do UAI “Bia”, “Roberto”, “Marega” que incentivaram as idosas a participarem da pesquisa.

Aos amigos de longa data, pelo incentivo e pela acolhida.

A meu amigo/primo Sr. João Gurgel por ter aceitado encarar esta estrada longa, 55 mil quilômetros ou mais percorridos, dois anos de muitas histórias, algumas multas e muito combustível para alimentar a nossa busca incessante do saber. E obrigado por compartilhar as angústias vivenciadas, pelas discussões e pertinentes observações apontadas durante este tempo de convivência.

RESUMO

A Qualidade de Vida na velhice é um fenômeno complexo e multidimensional, sendo o gênero feminino maioria nesta fase da vida, no entanto, isto, não significa vantagens, pois as mulheres são muito mais suscetíveis a acometimentos a saúde do que os homens. O corpo da mulher e sua relação como ser-no-mundo altera-se com o envelhecimento, pois à medida que ele avança ocorrem mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais que podem reduzir a autonomia e comprometer sua Qualidade de Vida. Vários autores comprovam que os exercícios físicos podem minimizar essas mudanças, retardando o processo de envelhecimento e mantendo e/ou melhorando a saúde do idoso por mais tempo. Na cidade de Uberaba, Minas Gerais, existem programas direcionados a idosos que têm grande participação de mulheres idosas, contudo, muitas não participam dos programas de exercícios físicos, então surgiu-nos a questão: as mulheres idosas praticantes de exercícios físicos avaliam subjetivamente sua Qualidade de Vida melhor que as mulheres idosas não praticantes de exercícios físicos? O objetivo do estudo foi mostrar evidências de que as idosas que participam de programas de exercícios físicos apresentam melhor avaliação subjetiva da Qualidade de Vida do que aqueles que não participam de programas de exercícios físicos. A amostra foi composta por 434 idosas cadastradas na Unidade de Atenção ao Idoso de Uberaba e no projeto Ginástica Orientada da Secretaria Municipal de Esporte e lazer de Uberaba, com faixa etária de 60 a 92 anos, com média de idade de 68 anos. Para coleta de dados utilizou-se uma entrevista estruturada contendo 2(duas) partes: (1) questionário de dados pessoais com questões complementares; (2) *WHOQOL bref* (questionário de avaliação subjetiva da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde). As idosas desta pesquisa foram divididas em dois grupos, o primeiro formado por 232 mulheres idosas praticantes de exercícios físicos (IPRAE) e o segundo por 232 mulheres idosas não praticantes de exercícios físicos (INPRAE). Os resultados gerais obtidos através da aplicação do questionário do *WHOQOL bref* nos permite afirmar que os exercícios físicos influenciam a Qualidade de Vida de mulheres idosas da população amostra da pesquisa, pois em nosso estudo as IPRAE avalia melhor sua Qualidade de vida do que o grupo de INPRAE. Dentro do grupo de IPRAE a Qualidade de Vida em todos os domínios do *WHOQOL bref* é maior nas praticantes de duas ou mais modalidades e nos grupos que freqüentavam 3 vezes por semana os programas de exercícios físicos realizados. Portanto, os exercícios físicos para as idosas cadastradas na UAI e no Projeto Ginástica Orientada da cidade de Uberaba, Minas Gerais são atributos que contribuem para melhoria da Qualidade de Vida, pois todos os dados desta pesquisa apontaram na direção em que as idosas praticantes de exercícios físicos (IPRAE) tinham mais Qualidade de Vida que as mulheres idosas não praticantes de exercícios físicos (INPRAE). Ao final desta dissertação para o mestrado em Educação Física, podemos perceber que o grande valor da prática regular de exercícios físicos não está em dar anos à vida, mas sim em poder dar vida aos anos, além de contribuir para a alegria de viver, possibilitando estabilidade da saúde, manutenção da condição física, contato e comunicação com outras pessoas, independência e autonomia na resolução das tarefas cotidianas.

Palavras chaves: Qualidade de Vida, Idosa, Exercício Físico.

ABSTRACT

Quality of life in old age is a complex and multidimensional phenomenon. At this stage of life, the majority of elderly people are women. This does not mean advantages, however, because women are more susceptible to the events of health than men. The women's body and their relationship as being-in-the-world changes with aging, because as it moves forward there are physiological, psychological and social factors that may reduce their autonomy and compromise their quality of life. Several authors have shown that physical exercise can minimize these changes, slowing the aging process and maintaining and / or improving the health of the elder for longer. In the city of Uberaba, Minas Gerais, there are programs which target seniors. These programs have a strong participation of older women; many of them do not participate in any exercise program nonetheless. This finding poses a question: Do older women who engage in physical activities subjectively evaluate their Quality of Life better than older women who do not engage in any physical activities? The objective of this study was to show evidence that the aged who participates in physical exercise programs has a better subjective assessment of quality of life than those who do not participate in physical exercise programs. The sample of the research consisted of 434 elders registered in the Unit of Elderly Care of Uberaba and the in project called Oriented Gymnastics at the Local Sports and Leisure office in Uberaba. They aged between 60 to 92 years with a mean age of 68 years. To collect data we used a structured interview containing two parts: first part was a personal data questionnaire with additional questions and the second was a questionnaire for subjective assessment, known as WHOQOL-BREF (short form for World Health Organization Quality of Life). The participants of this study were divided into two groups. The first consisted of 232 senior women engaged in physical activities (IPRAE) and the second by 232 women who did not participate in exercise (INPRAE). The overall results obtained by applying the questionnaire WHOQOL-BREF lead us to affirm that exercise influences the quality of life of elderly women (the population sample of the research), because in our study the IPRAE had a better assessment of their quality of life than the group so-called INPRAE. Within the group of IPRAE Quality of Life in all areas of WHOQOL-BREF was higher among practitioners of two or more modalities and the groups who attended 3 times a week programs of exercise. Therefore, the exercises for the elderly registered in the Unit of Elderly Care and in the Oriented Gymnastics project are attributes that contribute to improve their quality of life, because the data analysis of this research sign the direction in which the group IPRAE had more quality of life than INPRAE. At the end of this dissertation for Master Degree in Physical Education, we realized that the great value of regular physical exercise is not to give years to life, but to be able to give life to years, and contribute to the joy of living, enabling stability of health, maintenance of physical condition, contact and communication with others, independence and the autonomy of the elderly in tackling everyday tasks.

Key words: Quality of Life, Senior, Physical Exercising.

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|----------|---|----|
| FIGURA 1 | Ciclo de fragilidade proposto por Fried e colaboradores | 30 |
|----------|---|----|

LISTA DE QUADROS

| | | |
|----------|---|----|
| Quadro 1 | População residente da cidade de Uberaba-Mg por faixa etária e sexo.. | 20 |
| Quadro 2 | Características do status da velhice | 46 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-----------|--|-----|
| Tabela 1 | Distribuição da amostra de INPRAE E IPRAE por idade | 84 |
| Tabela 2 | Distribuição percentual da população amostra de INPRAE e IPRAE por estado civil | 86 |
| Tabela 3 | Distribuição percentual das INPRAE e IPRAE por moradia..... | 87 |
| Tabela 4 | Distribuição percentual das INPRAE e IPRAE por escolaridade | 87 |
| Tabela 5 | Distribuição das INPRAE E IPRAE quanto a profissão que exercem e/ou exerceram..... | 88 |
| Tabela 6 | Distribuição das INPRAE E IPRAE quanto a renda pessoal..... | 89 |
| Tabela 7 | Distribuição da amostra constituída de INPRAE E IPRAE pelas morbidades “problemas de saúde”..... | 91 |
| Tabela 8 | Dependência para realização de atividades..... | 92 |
| Tabela 9 | Distribuição da amostra de IPRAE nas diferentes modalidades de exercícios físicos..... | 93 |
| Tabela 10 | Distribuição da amostra de IPRAE pela frequência dos exercícios físicos por semana | 95 |
| Tabela 11 | Distribuição da amostra das IPRAE por tempo de participação nos exercícios por semana..... | 96 |
| Tabela 12 | Distribuição da amostra das IPRAE por objetivos na procura da prática de exercícios físicos..... | 96 |
| Tabela 13 | Distribuição da amostra das INPRAE E IPRAE por participação em atividades de lazer..... | 101 |
| Tabela 14 | Distribuição da amostra das INPRAE E IPRAE por participação em atividades de lazer..... | 102 |
| Tabela 15 | Associação da amostra de INPRAE e IPRAE e os domínios da qualidade de vida de acordo com WHOQOL <i>bref</i> | 103 |
| Tabela 16 | Frequência e percentual das INPRAE e IPRAE por faixa etária de 60 a 69 anos, de 70 a 79, de 80 anos ou mais e as médias dos domínios da Qualidade de Vida do WHOQOL <i>bref</i> | 110 |
| Tabela 17 | Frequência, percentual das idosas praticantes de exercícios físicos pela quantidade de modalidades praticadas, frequência por semana na pratica de exercícios físicos e as médias do domínios da Qualidade de Vida do WHOQOL <i>bref</i> | 112 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | | |
|-----------|--|-----|
| Gráfico 1 | Estimativas e projeção da esperança de vida ao nascer, por sexo - Brasil - 1940/2100..... | 17 |
| Gráfico 2 | Participação relativa da população dos grandes grupos de idade na população total – Brasil – 980/2050..... | 18 |
| Gráfico 3 | Distribuição da população amostra de INPRAE e IPRAE de acordo com as faixas etárias | 85 |
| Gráfico 4 | Distribuição da amostra INPRAE E IPRAE por aposentadoria | 88 |
| Gráfico 5 | Distribuição das idosas IPRAE por modalidades praticadas..... | 95 |
| Gráfico 6 | Distribuição das IPRAE quanto aos objetivos para a procura da pratica de exercícios físicos | 97 |
| Gráfico 7 | Distribuição da amostra composta por IPRAE e INPRAE de acordo com o valores médios dos domínios da Qualidade de Vida avaliados pelo WHOQOL <i>bref</i> | 106 |
| Gráfico 8 | Valores médios das 26 questões do questionário WHOQOL <i>bref</i> aplicado no grupo de idosas praticantes (IPRAE) e não praticantes de exercícios físicos (IPRAE)..... | 108 |
| Gráfico 9 | Média dos domínios da Qualidade de Vida do WHOQOL <i>bref</i> pela quantidade de modalidades praticadas e frequência por semana de exercícios físicos..... | 113 |

SUMÁRIO

| | | |
|-------|--|-----|
| 1. | INTRODUÇÃO | 12 |
| 2. | OBJETIVOS | 15 |
| 2.1 | Objetivo geral..... | 15 |
| 2.2 | Objetivos específicos..... | 15 |
| 3. | ENVELHECIMENTO | 16 |
| 3.1 | Aspectos biológicos do envelhecimento..... | 22 |
| 3.2 | Aspectos psicológicos do envelhecimento..... | 33 |
| 3.3 | Aspectos sociais do envelhecimento..... | 41 |
| 3.4 | Mulher, corpo e envelhecimento..... | 49 |
| 4. | QUALIDADE DE VIDA, IDOSO E EXERCÍCIOS FÍSICOS | 55 |
| 4.1 | Qualidade de Vida..... | 55 |
| 4.2 | Qualidade de Vida e idoso..... | 61 |
| 4.3 | Exercícios físicos, idoso e Qualidade de Vida..... | 64 |
| 4.3.1 | Modalidades de exercícios físicos e seus benefícios para o idoso | 72 |
| 5. | Metodologia..... | 77 |
| 5.1 | Tipo de estudo..... | 77 |
| 5.2 | Local da pesquisa..... | 77 |
| 5.3 | Sujeitos da pesquisa..... | 79 |
| 5.4 | Instrumentos da pesquisa..... | 79 |
| 5.5 | Procedimentos metodológicos para coleta de dados..... | 82 |
| 6 | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 84 |
| 6.1 | Características sócio-demográficas | 84 |
| 6.2 | Condições de saúde..... | 90 |
| 6.3 | Participação nos programas de exercícios físicos e atividades de lazer..... | 92 |
| 6.4 | Comparação dos resultados dos domínios da Qualidade de Vida entre as praticantes e não praticantes de exercícios físicos..... | 102 |
| 6.5 | Associação da prática dos exercícios físicos (frequência, quantidade e número de modalidades praticadas) e os domínios da Qualidade de Vida..... | 111 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 114 |
| 8 | REFERÊNCIAS..... | 117 |
| 9 | ANEXOS..... | 130 |
| 10 | APÊNDICES..... | 136 |

1 INTRODUÇÃO

No âmbito da ciência, fenômenos como Qualidade de Vida e feminização da velhice estão presentes cada vez mais na busca de ações e intervenções na sociedade que permitem uma ocorrência de velhice longa e saudável.

A comunidade envelhecida está cada vez mais inserida em nossa realidade contemporânea, pois fatores como declínio do número de nascimentos, aumento da expectativa de vida e a queda da mortalidade infantil associados às políticas públicas que estão buscando atenção maior na promoção da saúde e a Qualidade de Vida das pessoas, proporcionam longevidade para a população.

A Qualidade de vida na velhice é um fenômeno complexo e multidimensional, sendo o gênero feminino maioria nesta fase da vida, não só em relação ao número de idosos mas também no exercício de papéis na família e na sociedade.

O envelhecimento por diversos fatores, como os biológicos, estilo de vida, pobreza, baixa escolaridade, diferenças de oportunidades e de valorização social entre homens e mulheres, isolamento social ocasiona perigos crescentes na saúde, funcionalidade, proteção e integração social, à mulher.

Constatamos que, como nas diversas áreas da ciência, a Educação Física mostra sua relevância comprovada através de diversas pesquisas que enaltecem o exercício físico como importante tanto no aumento da perspectiva de vida como também na melhora da qualidade de vida, pois de acordo com Bento (1991), o valor do exercícios físicos não está em dar anos a mais de vida, mas sim, vida aos anos.

Os exercícios físicos devem ser plurais, atingindo ao mesmo tempo a todos e a cada um sem distinção. Neste modelo temos lugares para todos os tipos de desportos e praticantes, assim prezaremos homens e mulheres, os adultos e idosos, saudáveis e os não saudáveis, independente de sua motivação, comportamento, condição e rendimento.

A partir desta perspectiva, a temática deste estudo foi desenvolvida e centrado em focos relevantes como: idoso, mulher, qualidade de vida, exercícios físicos e com base em um referencial que possa contribuir para que os idosos encarem a presença da velhice tão quanto presenciamos através de uma conversa informal, em 1998, dos professores do Colégio Marista Diocesano de Uberaba com um irmão marista.

Ele dizia “*eu não sou mais velho que vocês, apenas sou jovem a mais tempo*”. Apesar de seu corpo denunciar a aparência de uns 85 anos, fez daquele momento

inesquecível, um marco na mudança dos olhares sobre a chegada da velhice para nós professores da época. É neste sentido que reconhecemos “o corpo idoso” que vai ao encontro de Silva (2007a, p.15):

Aquele que se modifica, despertando sentimentos difusos e por vezes antagônicos, que clama por cuidados às suas peculiaridades, vive lutando contra riscos de doenças e por melhor saúde, busca a paz na serenidade e o respeito às diferenças por toda a sua experiência de vida. Corpo que se relaciona contribuindo à instalação e perpetuação de uma sociedade fundamentada em condições que favoreçam uma qualidade de vida decente, geradora de vida saudável, harmoniosa e feliz. Mas, também é aquele corpo que traz consigo as dores e as marcas da vida, caracterizadas em várias pessoas por angústia, depressão, solidão, doenças crônicas e pela decadência orgânica natural.

Segundo Régis de Moraes (1992), toda atitude do homem é uma atitude corporal. O corpo é o centro de tudo que acontece e significa. É a partir do corpo que conhecemos nossa verdade e a forma de envelhecermos.

Uma das principais formas que propiciam a oportunidade do sentir, do refletir e do conscientizar sobre o corpo em envelhecimento é por meio de programas de exercícios físicos norteados pela participação do idoso em atividades que permitam estas pessoas a se moverem respeitando suas questões físicas, psicológicas e sociais em uma atmosfera receptiva e confortável.

É dentro desta atmosfera que grupos de convivências da Unidade de Atenção aos Idosos de Uberaba e da Secretaria de Esporte e Lazer de Uberaba atendem aos idosos por meio de serviços como: Educação Física, Fisioterapia, Psicologia, Assistência Social, Médica, Odontológica e de Artes, com o intuito, de acordo com Rolim (2006), proporcionar convívio social e favorecimento da autonomia, do exercício da cidadania e do envelhecimento ativo e saudável.

Neri (1993; 2001), Okuma (1998; 2002), Rolim (2006), Vitta (2000) Nahas (2001) Matsudo (2001,2004, 2009), Mazo (2003) e Spirduso e Cronin (2001) demonstraram a importância dos exercícios físicos combinados com hábitos de vida saudável para melhora da Qualidade de Vida dos idosos, pois apesar da complexidade da qualidade de vida, a mudança ou acréscimo de um elemento como os exercícios físicos pode produzir alterações positivas na Qualidade de Vida do idoso.

No entanto, dentre as diversas freqüentadoras dos programas realizados pelas secretarias municipais de Desenvolvimento Social, Esporte e Lazer e Saúde de Uberaba,

muitas idosas não desfrutam das atividades realizadas pela área de Educação Física, neste sentido, surge o questionamento a ser respondidos ao longo do desenvolvimento do nosso trabalho:

- Há diferença na concepção de Qualidade de Vida entre as praticantes e não praticantes de exercícios físicos?

Na tentativa de resposta desta questão este estudo está estruturado em momentos, os quais tratam da combinação de pesquisa bibliográfica e de campo.

No primeiro momento apresentamos informações conceituais do envelhecimento, a partir de abordagens fisiológicas, psicológicas e sociais. Também discutimos as interfaces mulher, corpo e envelhecimento ao final.

No segundo momento debatemos sobre a Qualidade de Vida, como atualmente é concebida, a sua complexidade e sobre os métodos para avaliação em idosos. Tratamos também sobre as interfaces exercício físico, Qualidade de Vida e idoso, justificando a importância do exercício físico para Qualidade de Vida da idosa.

No terceiro momento, apresentamos a pesquisa de campo do tipo qualitativo por meio da avaliação subjetiva de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde “*WHOQOL bref*”.

E ao final discutimos os resultados encontrados na pesquisa de campo com o referencial teórico utilizado e com base em estudos de Gordia et al. (2007), Conte (2004), Carvalho et al. (2006), Mazo (2003), Fibra et al. (2006), Silva (2007b), Mazo et al. (2009) sobre a relação dos exercícios físicos com a Qualidade de Vida em Idosas utilizando como instrumento de avaliação o *WHOQOL bref*.

A importância da realização deste se justifica, pois a presença do idoso se mostra cada vez mais à sociedade, emanando uma demanda por estudos que possam beneficiar a Qualidade de Vida de mulheres idosas. Pessoalmente pretendemos também subsidiar a relevância dos exercícios físicos na construção da Qualidade de Vida para os colegas de profissão (professores de educação física) que trabalham em inúmeros programas existentes, relacionados ao atendimento de idosos realizados pela sociedade na cidade de Uberaba, pois não é de nosso conhecimento se existe alguma pesquisa que comprove ou não a eficácia dos programas de exercícios físicos que os idosos de nossa cidade participam.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Investigar a concepção de qualidade de vida de mulheres idosas acima de 60 anos praticantes e não de exercícios físicos, cadastradas nos programas da unidade de atenção ao idoso “UAI” e no projeto Ginástica Orientada da Secretaria Municipal de Esporte e Lazer de Uberaba, de acordo com o protocolo de avaliação subjetiva da Organização Mundial de Saúde “WHOQOL-BREF”.

2.2 Objetivos específicos

- a) Levantar subsídios teóricos sobre o processo de envelhecimento (fisiológico, psicológico e social) e sobre a qualidade de vida na terceira idade.
- b) Averiguar as contribuições que a literatura propõe nas interfaces entre idoso, mulher, Qualidade de Vida e exercício físico.
- c) Analisar a participação de mulheres acima de 60 anos em programas realizados pela Unidade de Atenção ao Idoso e pela Secretaria de Esporte e Lazer de Uberaba, bem como a participação destas, em exercícios físicos oferecidas por estas e/ou fora destas.
- d) Aplicar os instrumentos de pesquisa, questionário sobre os dados pessoais e WHOQOL abreviado em mulheres atendidas pela Unidade de Atenção ao Idoso “UAI” e pela Secretaria Municipal de Esporte e Lazer de Uberaba para posterior análise da influência do exercício físico na Qualidade de Vida das mulheres acima de 60 anos.
- e) Interpretar os resultados da aplicação dos instrumentos de pesquisa à luz do referencial teórico reproduzido.

3 ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecimento vem sendo abordado e estudado em inúmeras pesquisas nos diversos segmentos científicos na busca da compreensão dos seus significados, pois atualmente estamos em processo de rápida transição demográfica e epidemiológica em relação ao aumento considerável do número de idosos.

Esta mudança está ocorrendo em função do aumento da expectativa de vida da população em geral. Vários fatores, entre eles, a aceleração do processo de urbanização, a industrialização, a diminuição do número de famílias extensas, a globalização e a melhora da qualidade de vida contribuem para o aumento dessa expectativa (TOSIM, 2007, p. 23).

O envelhecimento populacional vem ocorrendo pela diminuição da mortalidade e do número reduzido de filhos por mulher na idade fértil. Fatores que vêm em decorrência do desenvolvimento socioeconômico, cultural e das tecnologias que conseguem aumentar o número de anos vividos pelo ser humano (PAPALEO NETO, 1996).

O aumento da expectativa de vida é provocado pelas melhorias da atenção e acesso aos serviços de saúde (ex.: campanhas de vacinação), relativa elevação do nível de escolaridade da população, aos investimentos na infra-estrutura de saneamento básico e à percepção dos indivíduos com relação às enfermidades (IBGE, 2008).

Estes aspectos colaboram para que a população tenha uma maior longevidade e conseqüentemente, cada vez mais pessoas consigam atingir à terceira idade. De acordo com o IBGE (2008), a vida média da população em nosso país em 2050 chegará ao patamar de 81 anos, fator que ocorre devido aos avanços da medicina e das melhorias gerais da vida da população, em 2008 para homens chegou a 69 anos e para mulheres chegou a 76, 6 anos, como demonstra o gráfico 1.

Em Uberaba, a cidade a qual foi realizado nosso estudo, dados do IBGE (2008), a qual está distribuída no quadro 1, demonstram que o número de idosos acompanha a média de Minas Gerais (10,5% de idosos), pois 10, 26% das pessoas são de idosos (mais de 60 anos) e dessas 56,7% são mulheres, confirmando o processo de feminilização da velhice na cidade a qual o estudo é realizado.

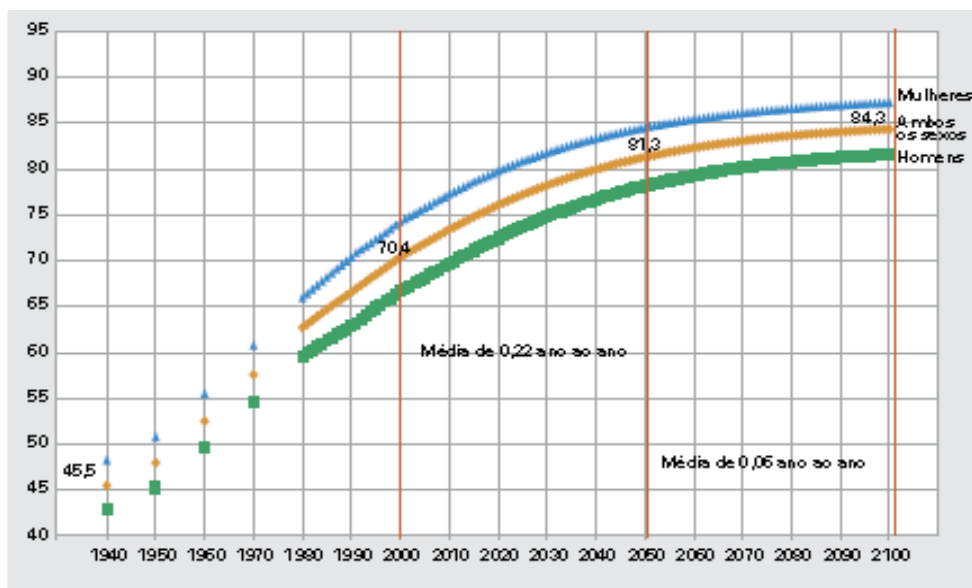


Gráfico 1 - Estimativas e projeção da esperança de vida ao nascer, por sexo - Brasil – 1940/2100

Fonte: IBGE, 2008.

População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2006

| Faixa Etária | Masculino | Feminino | Total |
|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Menor 1 ano | 2.135 | 1.983 | 4.118 |
| 1 a 4 anos | 8.909 | 8.533 | 17.442 |
| 5 a 9 anos | 11.973 | 11.236 | 23.209 |
| 10 a 14 anos | 12.897 | 12.443 | 25.340 |
| 15 a 19 anos | 14.151 | 14.015 | 28.166 |
| 20 a 29 anos | 24.680 | 24.791 | 49.471 |
| 30 a 39 anos | 21.616 | 23.811 | 45.427 |
| 40 a 49 anos | 17.958 | 20.024 | 37.982 |
| 50 a 59 anos | 11.399 | 13.265 | 24.664 |
| 60 a 69 anos | 7.555 | 9.247 | 16.802 |
| 70 a 79 anos | 3.708 | 5.089 | 8.797 |
| 80 anos e mais | 1.408 | 2.267 | 3.675 |
| Total | 138.389 | 146.704 | 285.093 |

Quadro 1- População Residente da Cidade de Uberaba-Mg por faixa etária e Sexo.

Fonte: IBGE, 2008

Como observaremos no gráfico 02, no ano de 2008 a população de idades entre zero e quatorze anos correspondia a vinte e seis por cento da população geral e a de idosos acima de 65 anos representava seis por cento da população total. De acordo com os dados observados no gráfico 2 sobre a projeção da população do Brasil em 2050, a população total

de crianças será de treze por cento e enquanto que o grupo de idosos ultrapassará vinte e dois por cento.

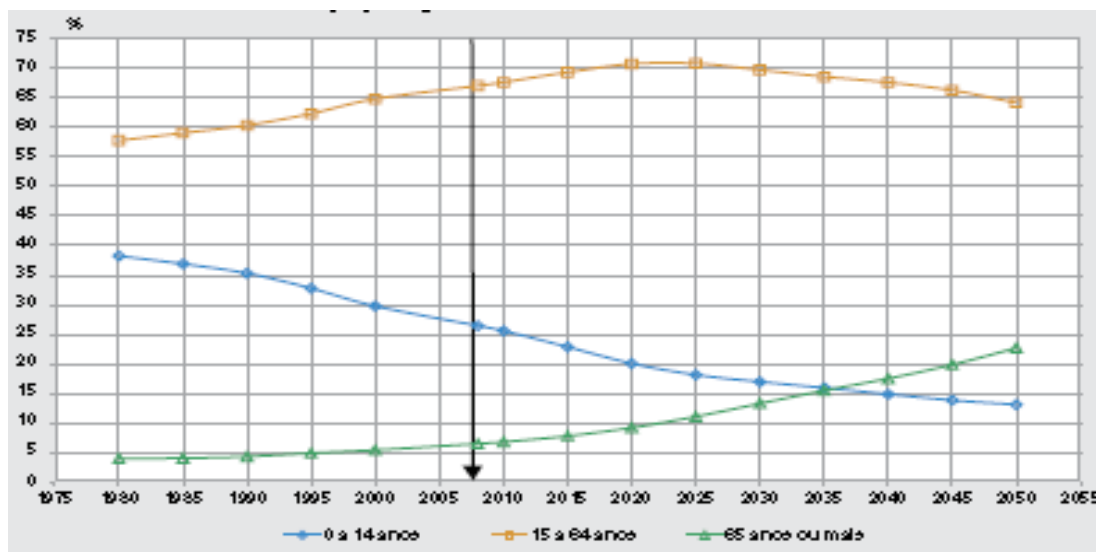


Gráfico 02 - Participação relativa da população dos grandes grupos de idade na população total - Brasil - 1980/2050
Fonte: IBGE, 2008.

Dados atuais do IBGE (2009) da síntese de indicadores Sociais mostram que a população do Brasil atingiu 21 milhões de pessoas acima de 60 anos no ano de 2008, sendo que este contingente passou de 8,8% para 11,1%, sendo destes 32,2% não sabiam ler e 51,4% eram analfabetos funcionais. A esperança de vida brasileira atual é de 73 anos segundo a síntese dos indicadores sociais do IBGE (2009).

A taxa de fecundidade no país atingiu 1,89 por mulher sendo que a região sudeste ficou por volta de 1,5 filho por mulher. É importante lembrar que em 1998 a média de filhos era de 2,43 por mulher. Houve o aumento de casais sem filhos, pois em 1998 era de 13,3 e no ano de 2008 atingiu 16,7% (IBGE, 2009).

Houve também uma queda da mortalidade infantil, pois no ano de 2008 era de 23,5 por mil crianças nascidas, e no ano de 1998 era de 33,5 por mil, totalizando uma queda de 30% neste espaço de tempo de 10 anos. Segundo o IBGE (2009) a redução das mortes infantis é por causa da melhoria das condições de habitação com saneamento básico e ampliação dos serviços de saúde.

O perfil demográfico do Brasil caminha rapidamente para um país envelhecido, situação que provoca impactos em diversas áreas como saúde, previdência e assistência

social, sendo necessária a criação de políticas voltadas para os idosos, procurando ações que estimulem o bem-estar da sociedade em geral.

É imperativo que algumas ações sejam implementadas para que os idosos tenham um meio ambiente propício para uma boa Qualidade de Vida, como: a adaptação do mobiliário urbano, das edificações públicas e privadas e dos meios de transporte público para maior acesso e prevenção de acidentes; os planos de ensino das disciplinas associadas à área médica deverão conter elementos que preparem os profissionais das diversas áreas para lidar com o idoso; o mercado de trabalho, os sistemas públicos e privados de saúde, bem como a previdência e a assistência social deverão passar por reestruturações para assegurar a inclusão, na família, na cidade e na sociedade de modo geral, de um contingente cada dia mais volumoso de idosos.

Segundo IBGE (2009) o Brasil envelhece a passos largos, principalmente nas populações dos grandes centros urbanos, que apresentam um perfil demográfico semelhante ao dos países mais desenvolvidos, no entanto, ainda precisa melhorar a infra-estrutura de serviços para dar conta das demandas decorrentes das transformações demográficas vigentes.

Em virtude do aumento do número de idosos em comparação às crianças, jovens e adultos a sociedade se vê obrigada a compreender melhor esta etapa da vida. A partir desta ótica iremos, daqui por diante, destacar qual parte da população está classificada como idosa.

A Organização Mundial de Saúde/OMS (1994) define que a idade cronológica de um idoso, em um país subdesenvolvido, é determinada pelo limite de 60 anos. Mas a velhice não pode ser definida somente pela idade cronológica, também devemos observar os aspectos físicos, funcionais, psicológicos e sociais, pois um dos princípios que rege o processo de envelhecimento é o da individualidade, ou seja, este processo pode variar muito de uma pessoa para a outra.

Como descreve Monteiro (2003, p.60), “A idade cronológica, assim como o tempo, é uma abstração e, portanto, cada um pode apresentar formas diferenciadas de acreditar no seu próprio tempo”. Podemos citar, ainda, Gomes (2005, p. 12) que realça que “os fenômenos do envelhecimento, da velhice e a determinação de quem seja idoso, muitas vezes, são considerados com referência às restritas modificações que ocorrem no corpo, na dimensão física somente”. E finalmente Moragas (2004, p.18) que considera a idade um dado importante, no entanto,

[...] não determina a condição da pessoa, pois o essencial não é o mero transcurso do tempo, mas a qualidade do tempo decorrido, os acontecimentos vivenciados e as condições ambientais que a rodearam. As diferenças intelectuais em pessoas com mesma idade se objetivam em quocientes intelectuais também diferentes. O mesmo fato ocorre em idades similares em relação a outras aptidões, quando surgem diferentes níveis de desenvolvimento físico, funcional, emocional, etc.

No Brasil, o Estatuto do Idoso, Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003, estabelece que as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos são consideradas idosas, tendo por direito as oportunidades e as facilidades para a preservação de sua saúde e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (BRASIL, 2003).

Também é importante destacar que existem inúmeros termos para especificar o indivíduo idoso, dentre eles os mais utilizados estão: idoso, ancião, velho, pessoa de idade avançada ou pessoa da terceira idade. Apesar da variedade de terminologias que envolvem o ser humano que está em processo de envelhecimento, adotamos neste estudo “idoso”, pois é o que mais se aproxima do nosso entendimento no sentido da passagem do tempo na vida humana na sociedade atual. De acordo com Simões (1994, p. 15) “[...] a expressão “idoso” tem uma conotação menos agressiva, pois se refere unicamente ao ser humano, sendo utilizada para identificar as pessoas que têm uma vivência traduzida em muitos anos”.

Com relação à cronologia adotamos 60 anos, como já citamos anteriormente, por acreditar que o Brasil é um país em desenvolvimento, fazendo de sua situação sócio-econômica desfavorável a uma vida mais prolongada. No entanto, sabemos que a idade pode ser diferenciada em países desenvolvidos e subdesenvolvidos de região para região, propiciando a categorização diferenciada para identificar o idoso no mesmo país.

De acordo com Hayflick (1997) não é fácil delimitar quando uma pessoa se torna idosa, pois não existem marcadores biológicos capazes de verificar e mensurar com certeza e exatidão o que é envelhecimento por idade.

A velhice pode ser entendida como etapa final da vida e envelhecimento é o processo de transformação, que está relacionado as individualidades de cada pessoa, inerente a todo ser vivo, consistindo em alterações comportamentais, aumento da vulnerabilidade a instalações de doenças e da morte, sendo o ritmo, duração e seus reflexos dependentes de eventos de natureza multifatorial (NERI, 2001a).

[...] os indivíduos envelhecem de forma diferenciada, dependendo de como organizam sua vida, das circunstâncias históricas, culturais, econômicas, sociais em que vivem e viverem, da ocorrência de problemas de saúde durante o processo do envelhecimento e da interação entre fatores genéticos e ambientais, de forma a facilitar sua adaptação às mudanças ocorridas em si e no mundo que os cerca (SIMÕES, 2001, p. 181).

Outros estudiosos também destacam conceitos sobre o processo de envelhecimento, mas o que mais se aproxima de nosso estudo são aquelas que vão ao encontro do que Papaléo Neto (1996, p 44) diz:

[...] aquela que conceitua o envelhecimento como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam por levá-lo à morte.

Mas, o mesmo autor ressalta que não há como definirmos exatamente quando ocorre o início do envelhecimento, devido à insuficiência de marcadores biológicos confiáveis.

O envelhecimento é pessoal e que cada um envelhece em diferentes níveis e de acordo com 6 aspectos: o social, pois o envelhecimento pode modificar de acordo com o quadro cultural, o transcorrer das gerações, as condições de trabalho e vida; o biológico, o processo de envelhecimento pode ocorrer diferentemente dentro do próprio corpo biológico; o intelectual, que correspondem à diminuição ou até falhas no processo de aprendizagem, memória, atenção e concentração; o cronológico, que pode variar de sociedade para sociedade, mas de acordo com o que relatamos anteriormente são considerados idosos pessoas com 60 anos nos países em desenvolvimento e 65 anos nos países desenvolvidos; o econômico, que corresponde ao processo de aposentadoria, abandono do mercado de trabalho; o funcional, quando o indivíduo passa a depender dos outros para ajudar na execução de suas tarefas habituais e básicas (PAPALÉO NETTO, 1996).

Há necessidade de conhecer sim a idade cronológica, pois é uma variável objetiva e essencial, mas também deve-se observar a totalidade da pessoa, através dos aspectos biológicos, psíquicos, econômicos e sociais, e não somente aquele aspecto e/ou dimensão que mais impressiona o olhar do observador. Segundo Moragas (2004, p. 20) para que isso ocorra as pessoas deveriam ter uma “mentalidade aberta, que superasse preconceitos e atitudes negativas em relação à velhice, e que se considerasse a idade não como algo

determinante das possibilidades vitais de uma pessoa, mas como variável acrescida às que condicionam sua situação”.

Entendemos que o envelhecimento não deve ser observado como um simples aumento de vida, mas como um processo que vai do nascer e se prolonga até a morte e velhice como “[...] momento privilegiado da vida, não sendo, porém uma conquista alcançada por todos”[...] (VITÓRIO, 2003, p. 289).

Nesta ótica, percebemos que o envelhecimento deve ser compreendido no processo da vida, assim como a infância, a adolescência e a maturidade são marcadas por mudanças biológicas, psicológicas e sociais específicas, associadas à passagem do tempo. Fazendo com que este processo seja complexo e bastante influenciado pelo ambiente que o idoso está inserido e principalmente como ele percebe este corpo envelhecido em relação à sociedade.

Após uma rápida explanação a respeito das questões demográficas, sobre a conceitualização dos termos relacionados aos idosos, cuja parte da população é considerada idosa e sobre alguns aspectos gerais que envolvem o processo de envelhecimento, discutimos a partir de agora com maior especificidade os aspectos: biológicos, psicológicos e sociais do envelhecimento.

3.1 Aspectos biológicos do envelhecimento

De acordo com Tosim (2007, p. 33) “o envelhecimento é um fenômeno fisiológico, pois acontece com todo ser humano, sendo um processo contínuo, ocorrendo a todo momento alterações nos diversos sistemas”.

Segundo Papaléo Netto (1996, p.5) o envelhecimento “manifesta-se por declínio das funções dos diversos órgãos que, caracteristicamente, tende a ser linear em função do tempo, não se conseguindo definir um ponto exato de transição, como as demais fases”, o seu início normalmente ocorre dos 20 aos 30 anos sem estar muito perceptível, no entanto, durante a 3ª década ocorre 1% de perda da função dos sistemas orgânicos a cada ano, e no final desta pode notar as primeiras alterações estruturais e funcionais, características do processo de envelhecimento e a partir daí com o acúmulo dos efeitos negativos induzidos pela idade aos órgãos e/ou sistemas o indivíduo se torna mais suscetível a morte.

De acordo com o mesmo autor, não só o ritmo do envelhecimento pode ser diferente entre as pessoas da mesma faixa etária, mas também dentre os órgãos de uma mesma pessoa.

No processo de envelhecimento sobre o aspecto biológico, as seqüências ou mudanças relacionadas ao envelhecimento são iguais para todos, no entanto a velocidade desta progressão depende de diferenças individuais e experiências psicológicas, sociais e culturais experimentadas pelo indivíduo.

Os marcadores biológicos do envelhecimento são típicos e bastantes visíveis, como o aparecimento dos cabelos grisalhos ou a calvície, ganho de peso, pele enrugada, entre outros.

Com o envelhecimento ocorre diminuição das funções orgânicas, iniciadas no nível das macromoléculas de DNA e RNA, que alteram sua função em decorrência da idade, da exposição do indivíduo, de agentes agressores por muito tempo como radiação, alguns componentes do meio ambiente e de produtos do metabolismo celular. Com as alterações, as macromoléculas podem provocar vários tipos de patologia como câncer, arteriosclerose ou demência (CARVALHO FILHO, 1996).

O “timo”, órgão responsável pela produção dos linfócitos “T” a medida que o envelhecimento avança tem um declínio de função, e também ocorre disfunção das células B fazendo com que o organismo do ser humano fique com maior vulnerabilidade à infecções e neoplasias (MAZO, LOPES E BENEDETTI, 2004; CARVALHO FILHO, 1996).

O processo de envelhecimento provoca alterações no sistema cardíaco, devido à degeneração das fibras musculares, hipertrofia das remanescentes, aumento dos sistemas de colágeno e elástico, depósito de gordura e de substâncias amilóide, acúmulo de pigmento lipofuscínico (CARVALHO FILHO, 1996).

Acontece também no coração, diminuição da velocidade e da quantidade de estímulos devido à redução do número de células nervosas específicas, e tais alterações anatômicas são acompanhadas da diminuição das reservas energéticas e utilização do ATP disponível, da capacidade de oxidação e de mobilização do cálcio. Tais modificações provocam redução sistólica do ventrículo esquerdo em condições de estresse e exercício, e conseqüentemente diminuição da capacidade aeróbia e do débito cardíaco (MAZO, LOPES, BENEDETTI, 2004; CARVALHO FILHO, 1996; SHEPARD, 2003).

A função pulmonar é comprometida em razão de diversos fatores, dentre eles destacamos a redução das respostas ventilatórias às variações das concentrações de oxigênio e

gás carbônico devido às modificações nos sistemas reguladores da respiração (quimiorreceptores, centros de controle do sistema nervoso central e músculos efetores), além de que ocorre alterações na forma torácica, “tórax senil” ou em barril, que faz com que a expansibilidade torácica fique reduzida (CARVALHO FILHO, 1996).

Nos pulmões com o envelhecimento, a elasticidade e complacência é reduzida, ocorrendo dilatação dos bronquíolos respiratórios, dos ductos e sacos alveolares; fazendo com que estes fatores somados a esforços físicos e/ou patologias provoquem insuficiência respiratória e acometam a saúde do idoso (GORZONI, RUSSO, 2002; MOREIRA, 2001a; CARVALHO FILHO, 1996).

Os rins, com o envelhecimento, assim como em outros órgãos, podem diminuir de tamanho e de peso, associado a redução do número de néfrons, aumento do tecido conjuntivo intersticial e alterações tubulares, ampliação da membrana basal, esclerose e hialinização glomerulares; que levam a diminuição da filtração glomerular do plasma e declínio da função tubular, modificando negativamente a capacidade de concentração e diluição urinárias. Em condições de repouso ou que não requer muito esforço os rins conseguem atender as necessidades orgânicas, no entanto, em condições de sobrecarga poderá ocorrer hipervolemia e descompensação cardíaca, por não conseguir, por exemplo, excretar rapidamente quantidades maiores de sódio e água (MOREIRA, 2001a; CARVALHO FILHO, 1996).

O fígado, com o envelhecimento, fica menor tanto em tamanho como em peso devido a redução da massa celular hepática, porém não o suficiente para alterar a capacidade de metabolismo hepático em condições basais (CARVALHO FILHO, 1996).

O mecanismo de homeostase no idoso pode ser alterado devido à modificação dos diversos mecanismos de controle como o sistema nervoso que é fundamental para sua manutenção, pois ocorre diminuição tanto na massa branca, como na massa cinzenta do sistema nervoso central, a qual reduz com o passar do tempo, além de que a velocidade de condução nervosa é comprometida pela redução da liberação dos neurotransmissores (substâncias responsáveis por passar estímulos de um neurônio ao outro).

Outra alteração encontrada com o envelhecimento no sistema nervoso é a diminuição gradativas da função de barorreceptores, quimiorreceptores, receptores cutâneos ou exteroceptores, responsáveis por ativar os centros reguladores da homeostase. Também a velocidade de condução nervosa tão quanto eferente ou aferente também fica mais lenta, tão quanto as estruturas efetores (musculatura, glândulas) alteram tanto na quantidade como

qualitativamente como o envelhecimento (CARVALHO FILHO, 1996; MAZO, LOPES E BENEDETTI, 2004).

O Sistema endócrino também é comprometido com a diminuição de sua ação em razão do comprometimento das células glandulares, na secreção hormonal, nos receptores e nas células-alvo, provocando redução, desequilíbrio e alterações de hormônios importantes (insulina, testosterona, aldosterona, estrógeno, hormônio do crescimento, etc) para o funcionamento e homeostase corporal (SHEPHARD, 2003; CARVALHO FILHO, 1996).

Um hormônio importante que tem alteração com o processo de envelhecimento é o estrógeno que,

Além das modificações observadas nos órgãos sexuais secundários e no comportamento psicológico, são de grande importância as mudanças do metabolismo ósseo, levando à osteopenia, e a aceleração do mecanismo da aterosclerose, determinando acentuado aumento da frequência de processos cardíaco e cerebrovascular (CARVALHO FILHO, 1996, p. 69).

Isso explica que, as mulheres ao serem submetidas à reposição hormonal de estrógeno, apresentam menor mortalidade em relação aos homens por depararem com menor índice de risco de doença coronariana e complicações da aterosclerose.

Com o processo de envelhecimento o sistema locomotor transforma-se progressivamente. Os músculos tendem a diminuir de volume, os ligamentos endurecem, as articulações e o sistema nervoso reduzem sua velocidade de transmissão (SHEPHARD, 2003; CARVALHO FILHO, 1996).

Ocorre normalmente perda de força muscular, maior fadiga muscular, menor capacidade para hipertrofia, diminuição do número e tamanho das fibras musculares, diminuição de enzimas glicolíticas e oxidativas, redução dos estoques de adenosina trifosfato, creatina fosfato e glicogênio. (MATSUDO, 2001). A perda da massa muscular e, conseqüentemente, da força muscular sob o olhar de Matsudo et al. (2003) é a principal responsável pela deterioração na mobilidade e na capacidade funcional do indivíduo que está envelhecendo e fazendo necessário que se crie métodos e estratégias para minimizar estes efeitos negativos e manter e melhorar a qualidade de vida nessa etapa da vida. Os mesmos autores citam que a utilização dos exercícios físicos regulares podem contribuir para aumentar a expectativa de vida principalmente em mulheres idosas.

Uma combinação de um regime alimentar inadequado e falta de força criam um ciclo vicioso de progressiva inatividade física e acelerada perda muscular. À proporção

que os músculos vão enfraquecendo, constata-se uma diminuição no comprimento das passadas, uma desaceleração da velocidade de caminhada e um declínio progressivo na carga que os músculos conseguem erguer (SHEPHARD, 2003).

Com o processo de envelhecimento ocorre a diminuição da acuidade visual devido às alterações fisiológicas das lentes oculares, provocando diminuição da percepção de profundidade, da sensibilidade do contraste e da percepção de profundidade, da sensibilidade do contraste e da percepção entre vertical e horizontal. Além disso, doenças oculares como glaucoma, catarata dentre outras podem diminuir mais ainda a acuidade visual e consequentemente aumentar o risco de quedas. Cerca de 90% das pessoas idosas necessitam do uso de lentes corretivas para enxergar adequadamente (ISHIZUKA, JACOB FILHO, 2006).

Segundo Brasil (2007) um terço das pessoas acusam declínio na acuidade auditiva. A perda progressiva da capacidade de diferenciar os sons de alta frequência (presbiacusia) é uma das causas mais comuns relacionadas a essa queixa.

Diante da sexualidade, várias pesquisas mostram que 74% dos homens e 56% das mulheres casadas mantêm vida sexual ativa após os 60 anos. A identificação de disfunção nessa área pode ser indicativa de problemas psicológicos, fisiológicos ou ambos. Muitas das alterações sexuais que ocorrem com o avançar da idade podem ser resolvidas com orientação e educação.

Problemas comuns ao processo de envelhecimento como artrites, diabetes, fadiga, medo de infarto, efeitos colaterais de fármacos e álcool podem afetar o desempenho sexual. Embora a frequência e a intensidade da atividade sexual possa mudar ao longo da vida, problemas na capacidade de desfrutar prazer nas relações sexuais não devem ser considerados como parte normal do envelhecimento. As mulheres após a menopausa, principalmente, após os 60 anos, normalmente tem desconforto nas relações sexuais com penetração vaginal devido a hipotrofia dos tecidos genitais, problema o qual pode ser resolvido com utilização de creme vaginal (BRASIL, 2007).

Pode ocorrer também uma síndrome clínica caracterizada pela diminuição da reserva energética e pela resistência reduzida aos estressores, a síndrome da fragilidade. Essa condição resulta de declínio cumulativo dos sistemas fisiológicos e causa vulnerabilidade às condições adversas, por haver dificuldade de manutenção da homeostase em situações de exposição às perturbações tais como alterações de temperaturas ambientais e variações na condição de saúde (DUARTE, 2009; TEIXEIRA, 2006; FRIED et al. 2001).

Segundo Duarte (2009) são três as principais mudanças relacionadas à idade que estão subjacentes à síndrome da fragilidade: alterações neuromusculares (principalmente sarcopenia); desregulação do sistema neuroendócrino; e disfunção do sistema imunológico. A prevalência da síndrome em 6,9% das pessoas e uma incidência de 7,2% em quatro anos, com predominância entre as mulheres.

A figura 1 representa o ciclo da síndrome da fragilidade proposto por Fried et al (2001).

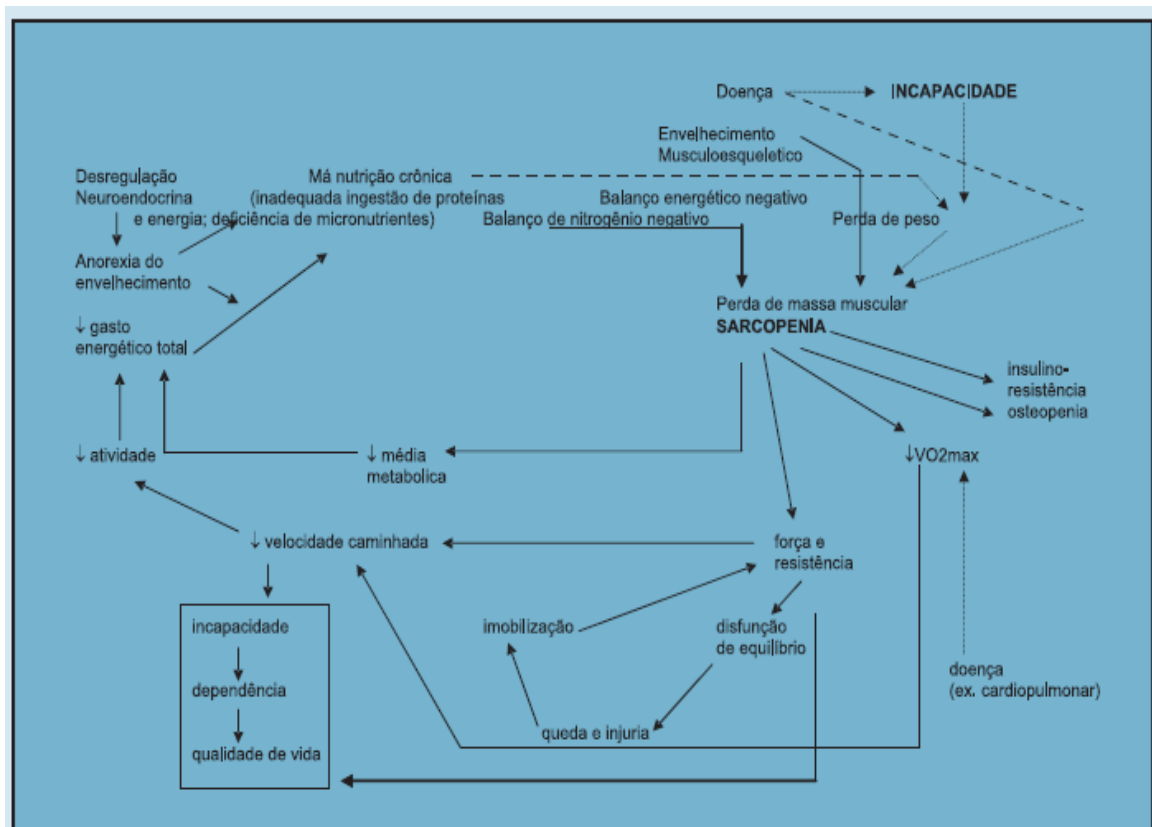


Figura 1. Ciclo da fragilidade
Fonte: Brasil (2007)

Em síntese, a figura nos mostra que com o envelhecimento, a ingestão alimentar na maioria das pessoas, ocorre de maneira errada e ainda pode ser favorecida pela diminuição do paladar, provocando anorexia levando a diminuição de massa magra corporal isoladamente e/ou com desnutrição e perda de gordura. Com a redução da prática da atividade física, a diminuição do dispêndio de energia em repouso, a perda de massa muscular (sarcopenia) e conseqüentemente de massa magra, que podem ser fatores causadores da queda da ingestão energética que é reduzida no envelhecimento (FRIED et al., 2001).

A perda da massa muscular, e conseqüente redução da força muscular, pode resultar em diminuição da atividade física, seguida de declínio da capacidade cardiorrespiratória, provocando diminuição da intensidade e volume da marcha. A sarcopenia leva à redução da taxa metabólica em repouso e ao declínio do dispêndio total de energia, provocando um desequilíbrio energético que exacerba o ciclo de fragilidade (BRASIL, 2007).

Ocorre também diminuição da estatura total devido às alterações na coluna vertebral como redução dos discos intervertebrais e aumento da cifose torácica. Apesar do aumento do tecido adiposo há, normalmente, redução do peso, pois o peso gordo tem menor densidade que o peso magro, sendo este comprometido pela menor mineralização óssea, por diminuição da quantidade de água no organismo e ainda por redução do peso e do tamanho da maioria dos órgãos do idoso (MAZO, LOPES E BENEDETTI, 2004; CARVALHO FILHO, 1996; SHEPHARD, 2003).

As perdas fisiológicas ocorridas ao longo do envelhecimento não podem ser confundidas com situações patológicas, pois segundo Berguer e Mailloux-Poirier (1996, p.124-5):

O processo de senescência não é uma doença e não pode se comparar com qualquer estado patológico atualmente conhecido; entretanto, pode levar a uma quantidade de afecções, porque se caracteriza pela redução da reserva fisiológica dos órgãos e sistemas. Cedo ou tarde, para todos os indivíduos, o equilíbrio homeostático desregula-se. Os problemas aparecem principalmente em momentos de stress fisiológico, porque o organismo já não apresenta as reservas necessárias para resistir às agressões e manter as funções vitais.

Moragas (2004, p. 48) afirma “[...] o que para uns constitui doença e limitação, para outros é um mero incômodo que não impede de desempenhar os mesmos papéis que na vida adulta”, ou seja apesar da presença de algumas patologias decorrentes do envelhecimento o idoso tem plena capacidade de continuar a desempenhar com efetividade atividades físicas e intelectuais.

Acreditamos que o envelhecimento normal esteja ligado ao envelhecimento que não apresenta doença aguda e que o indivíduo tem capacidade de autonomia nas suas atividades biopsicossociais durante os anos subseqüentes de sua vida com qualidade de vida, sendo que este ponto será melhor detalhado no próximo capítulo.

Para um envelhecimento normal, é necessário que as variáveis biológicas, como produção de linfócitos, secreções hormonais e neurotransmissores, responsáveis diretos

pelo bem estar fisiológico da pessoa estejam funcionando adequadamente. No entanto, estas variáveis fisiológicas estão relacionadas à motivação, ao estilo de vida, aos interesses, as ocupações, a companhia e capacidade de decisão que cada idoso tem, pois estes fatores influenciam diretamente nas variáveis biológicas envolvidas no processo de envelhecimento.

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência – senilidade (BRASIL, 2007; MACEDO, 2006). Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo.

Grande porcentagem das pessoas que estão em processo de envelhecimento são acometidas por doenças crônicas, as quais são agravos permanentes ou de longa permanência que requerem acompanhamento constante por não terem cura, e podem gerar um processo de incapacidade, que afeta a funcionalidade das pessoas fazendo com as mesmas tenham dificuldade ou não realizem suas atividades do dia-a-dia de forma independente, comprometendo a qualidade de vida dos idosos.

Segundo os dados do IBGE (2009) as doenças crônicas acometem em média 75,5% dos idosos do Brasil, sendo 69,3% entre os homens e 80,2% entre as mulheres. Os 20% de idosos mais pobres apresentaram prevalência estatisticamente significativa menos elevada, com 69,9%. Os demais declararam proporções semelhantes de, aproximadamente, 75%.

Existem inúmeras doenças e acometimentos que normalmente atingem os idosos, no entanto destacamos a seguir o que o referencial teórico consultado mais abordou:

a) Osteoporose: A osteoporose é definida como uma doença sistêmica que leva à perda progressiva de mineral óssea que provoca uma desordem esquelética, e predispõe a um aumento do risco de fratura (BRASIL, 2007; SHEPARD, 2003).

Afeta indivíduos de maior idade, de ambos os sexos, principalmente, mulheres na pós- menopausa, as quais são mais suscetíveis a fraturas.

De acordo com Brasil (2007) dez milhões de brasileiros são acometidos por esta doença crônica, vinte e quatro milhões de brasileiros sofrem fraturas a cada ano, duzentos mil indivíduos morrerão por consequência direta de suas fraturas e que cinquenta por cento

destas pessoas precisaram de auxílio para caminhar e vinte e cinco por cento necessitará de auxílio para as atividades domiciliares ou serem internadas em casas geriátricas.

b) Quedas: A incidência de quedas em pessoas idosas chega a trinta por cento, sendo as mulheres mais suscetíveis do que os homens e pode provocar perda da autonomia, incapacidade, institucionalização e morte, pois dos idosos que caem 2,5% requerem hospitalização e desses somente a metade sobreviverá após um ano (FREITAS et al., 2002; PERRACINI, 2009; BRASIL, 2007).

As quedas podem ser provocadas por fatores decorrentes das alterações fisiológicas em decorrência do envelhecimento, da presença de doenças (ex.: Parkinson), de fatores psicológicos (alterações cognitivas) e de reações adversas por uso medicamentos (polifarmácia, uso de sedativos, hipnóticos e ansiolíticos) (FREITAS et al., 2002). As quedas também podem ser provocadas por fatores relacionados aos comportamentos e atividades das pessoas idosas e à ambientes inseguros e mal iluminados, mal planejados e mal construídos, com barreiras arquitetônicas.

Outros fatores também aumentam a chance de maior número e gravidade das quedas como ausência dos reflexos de proteção, desnutrição, densidade mineral óssea reduzida e idade avançada (PERRACINI, 2009; BRASIL, 2007).

c) Hipertensão arterial sistêmica: é uma doença que acomete de cinquenta a setenta por cento dos indivíduos acima de 60 anos e é um fator determinante de morbidade e mortalidade na população brasileira e mundial (UEHARA et al., 2009).

“A prevalência da hipertensão se correlaciona diretamente com a idade, sendo mais presente entre as mulheres e nas pessoas com sobrepeso ou obesidade” (BRASIL, 2007, p. 71).

Mas se, adequadamente, a hipertensão for controlada através de tratamento medicamentoso, atividade física, dieta equilibrada e hábitos saudáveis, o sujeito idoso poderá ficar suscetível a poucas limitações funcionais e à doenças correlacionadas com a hipertensão arterial.

No entanto se não for tratada adequadamente, a hipertensão pode provocar conseqüências a alguns órgãos vitais, como coração e rins, órgãos alvo vitais. A hipertensão está entre as mais freqüentes morbidades do adulto, sendo assim um dos problemas mais graves enfrentados pela saúde pública (PERES, et al., 2003).

Uma das dificuldades encontradas para o tratamento de pessoas com hipertensão é a falta de aderência ao tratamento, pois 75% dos hipertensos abandonam o tratamento no primeiro ano de tratamento (PERES, et al., 2003).

d) O Diabetes Mellitus: doença metabólica caracterizada por hiperglicemia associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente: olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina, envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (FREITAS et al., 2002; PAPALEO NETO, 1996).

Doença comum e de incidência crescente que aumenta com a idade (17% idosos) e que apresenta alta morbi-mortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular (LOURENÇO, 2004; FREITAS et al., 2002).

Os tipos de diabetes mais frequentes são a diabetes mellitus do tipo I e II. O mais comum é do tipo II, caracterizada pela desordem na ação da insulina e/ou na secreção da insulina, em outras palavras, resulta da absorção insuficiente ou não secreção da insulina. (OLIVEIRA, 2004). Dentre os tipos de diabetes o do tipo II acomete mais adulto maduros e idosos, estima-se que 17,3% dos idosos tenham diabetes. O diabetes do tipo II pode ser tratada com dieta balanceada, prática de exercícios físicos e medicamentos via oral (LOURENÇO, 2004).

De acordo Vancini e Lira (2004) o diabetes mellitus do tipo I é uma doença auto-imune que aparece normalmente em jovens ou raramente em pessoas acima de 70 anos; é diagnóstica quando as células beta não realizam ou diminuem a secreção da insulina, devido a fatores hereditários ou por destruição das células por vírus ou auto-anticorpos.

e) Incontinência Urinária: pode ser definida como “a perda de urina em quantidade e frequência suficientes para causar um problema social ou higiênico” (BRASIL, 2007, p. 92); Pode variar desde um escape ocasional até uma incapacidade total para segurar qualquer quantidade de urina (FREITAS, et al., 2002).

As causas da incontinência urinária podem variar entre os sexos, sendo nas mulheres normalmente devido a redução da pressão máxima de fechamento uretral, consequência de danos secundários à partos, cirurgias, tabagismo, obesidade, distúrbios neurológicos, da redução da vascularização e hipotrofia dos tecidos que revestem e envolvem

a uretra, a bexiga, a vagina e outros. Entre os homens, o aumento da próstata é a principal causa (BRASIL, 2007; FREITAS, et. al., 2002).

Lopes (2006) destaca que a literatura médica aponta os tipos mais comuns de incontinência Urinária, de acordo com os sintomas: incontinência urinária de esforço, que é a perda involuntária de urina associada com atividades físicas que aumentam a pressão intra-abdominal; urge-incontinência, definida como perda involuntária de urina associada com um forte desejo de urgência para urinar, e incontinência mista, quando existe associação dos sintomas de incontinência de esforço e urge-incontinência.

Ocorre mais em mulheres entre 50 e 75 anos, acomete de 10 a 15% dos homens e de 20 a 35% das mulheres e de 20 a 30% dos idosos hospitalizados e institucionalizados (BRASIL, 2007).

Voltamos afirmar que o processo de envelhecimento fisiológico é influenciado por diversos aspectos relevantes mediante à qualidade de vida. Nota-se que o estilo de vida de muitos indivíduos tem contribuído para que as condições do processo de envelhecimento estejam melhores e que a própria condição alimentar, maior controle das enfermidades entre outros, vêm propiciando um envelhecimento mais digno.

O risco do idoso ter uma ou mais doenças crônicas degenerativas depende da qualidade e principalmente dos hábitos que ele teve durante a vida toda, evitando consumo de álcool e fumo, número elevado de horas de trabalho, exposição a tensões excessivas durante o decorrer da vida e tendo como hábito para vida toda, a prática dos exercícios físicos regulares, dieta balanceada e momentos de lazer.

Não se pode deixar de incluir a prática dos exercícios físicos dentre as medidas gerais de saúde para profilaxia, retardamento ou diminuição dos efeitos do envelhecimento (MATSUDO et al., 2003).

O exercício físico praticado de forma regular, com intensidade, frequência e respeitando as individualidades de cada pessoa é um aspecto importante a ser considerado em relação a adaptação e desaceleração do envelhecimento biológico, pois age sobre a melhora do funcionamento do sistema imunológico; melhora a coordenação; atua no controle do peso; aumenta a força muscular; ajuda no controle do estresse; melhora na disposição mental; melhora na postura e no equilíbrio; reduz os riscos de doenças cardíacas e de hipertensão arterial; diminui no risco de desenvolver diabete e ajuda no seu controle; melhora a qualidade do sono; e principalmente, favorece autonomia nas atividades da vida diária (FOX, 1998).

3.2 Aspectos psicológicos do envelhecimento

A psicologia do envelhecimento é uma área em processo de crescimento tão quanto ao envelhecimento populacional e o aumento da consciência social sobre as questões da velhice (NERI,1995).

De acordo com Néri (1995, p.13) “a psicologia do envelhecimento é hoje a área que se dedica à investigação das alterações comportamentais que acompanham o gradual declínio na funcionalidade dos vários domínios do comportamento psicológico, nos anos mais avançados da vida adulta”.

Os estudos da Psicologia do Envelhecimento vem avançando gradativamente na busca da velhice bem-sucedida. Segundo Néri (2004) a psicologia do envelhecimento deve buscar o desenvolvimento da Qualidade de Vida do idoso sempre respeitando a sua experiência de vida e sua personalidade e que estes dois fatores possam se aliar a novos mecanismos para melhora da saúde, autonomia e envolvimento ativo com a vida pessoal, a família, os amigos e as relações interpessoais.

No plano psíquico, o desenvolvimento do processo de envelhecimento não se dá linearmente, e podem ocorrer sinais de declínio de todas as funções psicológicas. Como a cognição, memória e atenção são estreitamente dependentes dos aspectos biológicos e as regressões poderão ser irreversíveis, sem possibilidades de recuperação (BACELAR, 2002).

Mas, de acordo com Moragas (2004) a maioria das concepções da sociedade sobre as questões psíquicas do envelhecimento corresponde a rótulos dados por preconceitos populares como perda acelerada das faculdades mentais. No entanto, verificamos que a perda global da memória não é muito maior que nas outras idades e que a inteligência pode aumentar se for exercitada de modo adequado como podemos observar em diversas escolas para adultos, onde encontramos idosos com facilidade e motivação para aprender superior às pessoas mais jovens.

As aptidões cognitivas do idoso como inteligência, memória, capacidade de aprendizagem, raciocínio e criatividade poderão ser acometidos a um processo acelerado, se além do envelhecimento biológico o idoso for submetido a poucas oportunidades de exercitar sua inteligência, memória e aptidões para adquirir novos conhecimentos e hábitos (NERI, 1995).

No processo de envelhecimento psicológico segundo Fajardo et al.(2003) a memória, a atenção e as habilidades verbais são as que deterioram com mais facilidade, e a

capacidade imaginativa, de julgamento e as habilidades numéricas se exercitadas permanecem quase intactas.

A memória é fundamental para aprendizagem, pois o que não se pode lembrar logo não existe. As razões da perda da memória com o processo de envelhecimento são complexas, pois vão das perdas biológicas, principalmente com a diminuição do número de células nervosas aos fatores psicossociais, como baixo nível de inteligência, falta de hábito de recordar, falta de motivação, por não identificar a informação como útil ou porque lhes disseram que iria esquecer o que tinha memorizado (KAPLAN, SODOCK e GREBB, 1997).

A perda da memória pode ser minimizada ou retardada, pois muitos dos fatores causadores podem ser evitados, se a memória for exercitada.

Na sociedade atual identificamos ditos comuns como: *para que aprender se é tão velho?* gerando atitudes negativas em relação às capacidades cognitivas do idoso. Todavia, muitos estudos indicam que a aprendizagem pode ocorrer em qualquer idade, embora o rendimento diminua em função do envelhecimento biológico, fazendo necessário um tempo maior e de estímulos adequados para uma efetiva aprendizagem do idoso (BACELAR, 2002).

Bacelar (2002) destaca que as emoções, a sabedoria e a experiência podem evoluir com o envelhecimento e com amadurecimento psíquico. Atributos importantes para o desenvolvimento da sociedade, porém esses são valorizados em poucas sociedades, na maioria delas, as neoliberais principalmente, não prezam estes atributos importantes, impossibilitando e/ou dificultando os idosos de exercitarem seu papel independente de suas potencialidades e limitações.

Todo o referencial teórico abordado nesta pesquisa indicam que tanto os aspectos psicológicos dos idosos quanto as aptidões cognitivas, personalidade e sentimentos sólidos estão intimamente ligados no grau de educação e a uma boa saúde.

De acordo com Neri (2005) a personalidade tem relação com as maneiras como os indivíduos geralmente se comportam, com suas experiências, no que acreditam e como se sentem em relação a si mesmos, aos outros e ao mundo. A personalidade pode ser definida também como a totalidade de traços emocionais e comportamentais que caracterizam o indivíduo nas situações de vida do dia-a-dia, sob condições normais, sendo relativamente estável e previsível (KAPLAN, SODOCK e GREBB, 1997).

Conforme Moragas (2004) descreve, a personalidade do idoso pode ser de vários tipos, como:

- Estável, maduro, bem integrado, que desfruta daquilo que a velhice lhe proporciona;
- Passivo e satisfeito porque enfim pode descansar, o verdadeiro senhor da cadeira de balanço;
- Defensivo, rígido, disciplinado, individualista que se dedica a número sem fim de atividades porque acredita que se parar pode morrer, por não suportar a inatividade.
- O raivoso, que culpa as outras pessoas e as torna responsáveis pelas frustrações e limitações, lutando contra as manifestações do envelhecimento.
- O auto-agressivo, desajustado, que odeia a si mesmo, deprimido e isolado.

O idoso também pode apresentar mudanças na personalidade, à medida que a chegada da velhice proporcione diminuição de responsabilidades, redução da aptidão funcional e aumento do tempo inativo, no entanto, estas mudanças são menores para os idosos que se mantêm ativos, com responsabilidades e plena aptidão funcional.

Quanto à personalidade dos idosos em relação ao sexo, há distinção, sendo as mulheres nesta fase da vida com um papel mais autônomo e agressivo, devido ao fato de viverem sozinhas e/ou como chefe de família, papel que na fase adulta é executado por homens, e o idoso do sexo masculino, exercem um papel mais afetivo e com maior contato com a família (MORAGAS, 2004).

Para que haja um bom autoconceito da personalidade do idoso, sobre o que ele e outros pensam dele e de suas realizações há necessidade de mudança no olhar da sociedade sobre o idoso, para que este minimize sentimentos de frustração, insatisfação e negativismo perante a vida e maximize sentimentos de satisfação e de autovalorização como membro integrado e importante para construção da sociedade (ROLIM, 2005).

O autoconceito é a maneira em que o indivíduo se determina, incluindo os aspectos biopsicossociais, materiais e espirituais. O autoconceito corresponde a um elemento de nossa personalidade que influenciará nossas percepções perante às pessoas, objetos e nossas relações o qual é muito importante para a formação de uma pessoa segura, capaz, feliz e vitoriosa (SANTANA, 2003).

Um bom autoconceito é o elemento essencial para que o idoso tenha um boa Qualidade de Vida e uma velhice bem-sucedida. A velhice bem-sucedida considerada por Néri (1995, p.34) é

[...] uma condição individual e grupal de bem-estar físico e social, referenciada aos ideais da sociedade, às condições e aos valores existentes no ambiente em que o indivíduo envelhece e às circunstâncias de sua história pessoal e de seu grupo etário. [...] Uma velhice bem-sucedida preserva o potencial individual para o desenvolvimento, respeitados os limites da plasticidade de cada um.

A velhice bem-sucedida depende segundo Freire (2000) de variáveis como crença religiosa, propósitos de vida, autonomia e auto-aceitação.

A crença religiosa é um fator indispensável, a qual serve para que o idoso tenha apoio principalmente em lidar melhor com a morte, pois com a fenitude tornando-se mais próxima, faz com que o idoso pense cada vez mais na morte e o que se pode ocorrer depois dela (CAVALCANTE, 2002).

Continuar a estabelecer objetivos na vida, a ter propósitos de vida é essencial para que o idoso se sinta motivado a continuar vivendo (FREIRE, 2000).

A autonomia está relacionada à autoconfiança, e segundo Guilhardi (2002) pessoas autoconfiantes sabe quais comportamentos devem ter para se obter conseqüências positivas. Ter habilidades para pensar e agir de terminada maneira e avaliar as situações de acordo com seus próprios pontos de vista, fazendo escolhas, tomando suas próprias decisões, faz com que os idosos sintam que possuem controle sobre suas vidas.

E a auto aceitação é a atitude do idoso em relação a si próprio e à sua história de vida, aceitando os pontos negativos e positivos vindos com sua nova condição (FREIRE, 2000).

Contudo Cavalcante (2002) destaca que outras variáveis podem comprometer à adaptação do idoso para uma velhice bem sucedida, como: “agarrar-se com o passado”, viver de recordações, alienando-se do presente; “negar a velhice”, cultuando a juventude e negando sua condição de idoso; “isolar-se”, tornando-se introspectivo, triste e desolado”, adotar uma postura conformista, passiva e descompromissada com a vida.

O envelhecimento depende do equilíbrio entre as restrições e as potencialidades do indivíduo, que lhe possibilitam envelhecer satisfatoriamente a partir do delicado equilíbrio entre as limitações e as potencialidades, o que lhe permita lidar, em diferentes graus de eficácia, com as perdas inevitáveis do processo de envelhecimento.

Se o entendimento de velhice for positivo e realista, o indivíduo pode rever seus objetivos, aceitar mudanças, inclusive as corporais, prevenir doenças, modificar o estilo de vida, estabelecer novas metas e, assim, contribuir sobremaneira para o aumento da qualidade de vida nesta e em outras fases da vida.

Segundo Moragas (2004) ficou comprovado em estudos recentes, a influência do meio social sobre a personalidade do idoso, pois segundo o autor os estudos apontam que os idosos mostrarão a personalidade que o meio lhes permita, sendo positiva quando encontrarem um ambiente propício e negativa se o meio não os acolhe. Por isso é importante criar um clima propício para o envelhecimento acreditando nas potencialidades dos idosos e principalmente na crença que este processo deve ser encarado de acordo com a visão de Novaes (2000, p.24) sobre envelhecer:

Construir este caminho a partir destes frutos, não existindo neste processo um caminho já traçado, pelo contrário, envelhecer é estar permanentemente trilhando novos caminhos, confrontando com novas exigências, devendo inclusive renunciar a uma certa forma de continuidade, sobretudo biológica, e desenvolver atitudes psicológicas que o levem a superar dificuldades e conflitos integrando limites e possibilidades.

Em relação ao campo psicológico do envelhecimento é importante destacar que a maioria dos idosos não apresentam doenças psíquicas até a morte, e que a saúde mental depende de fatores biológicos, do meio ambiente, do estilo de vida e da organização sanitária. Entendemos estilo de vida, que é o que a pessoa estuda, onde e com quem vive, onde trabalha, os tipos de alimentos que consome, os exercícios que realiza, dentre outros.

É importante destacar as principais patologias comuns à vida do idoso no plano psíquico para posteriormente entender o papel do exercício físico na profilaxia e tratamento destas:

a) Depressão: São distúrbios emocionais que muitos indivíduos já sentiram em alguma fase da vida. Pode ser considerada uma síndrome, devido aos diferentes sintomas e duração dos mesmos. Depressão não é apenas um rebaixamento do humor que traduz em tristeza, choro, desinteresse, sentimentos de frustração (BALLONE, 2004). É uma doença psiquiátrica que deve ser tratada e não apenas encarada como uma tristeza normal com o processo de envelhecimento, pois é a doença que mais leva ao suicídio e grupo de pessoas que mais se suicidam são os idosos.

Os impulsos suicidas surgem normalmente quando o idoso analisa seu passado como horrível, o presente deprimente e medo do que possa acontecer com o futuro,

característicos de depressão profunda. Outros fatores também colaboram para o aumento do suicídio na velhice como sentimentos de não pertencer à parte da sociedade, um estorvo para família, maus tratos, negligência somados doenças físicas graves (BALLONE, 2004).

A depressão é mais freqüente nos anos que precedem à aposentadoria, diminui na década seguinte e, novamente, sua prevalência aumenta após os 75 anos, principalmente no sexo masculino (BRASIL, 2007).

Sadock (2007) destaca os principais sintomas como baixa concentração, alterações do sono (vários despertar a noite ou muito cedo), perda de peso, baixa auto-estima, sentimentos de inutilidade, agitação ou retardo psicomotor, gestos e/ou ideação suicida estão presentes em 15% dos idosos residentes tanto na comunidade como nas instituições de longa permanência. Também são sinais e sintomas da depressão: fadiga matutina, retardo psicomotor, redução da afetividade, intranqüilidade ou nervosismo, ansiedade, alteração do ciclo sono-vigília, alteração do apetite (habitualmente com anorexia), múltiplas queixas somáticas mal sistematizadas, falta de interesse nas coisas que antes lhe agradavam, queixas acentuadas de anedonia (perda da capacidade de sentir prazer) e de distúrbio cognitivo, distúrbios do comportamento e da conduta, etilismo de início recente.

A depressão é causada normalmente não por um só fator, pois pode estar combinados vários como: perda do papel social, isolamento, dificuldades nas relações pessoais, problemas de comunicação, conflitos com a família ou com outras pessoas e dificuldades econômicas (BALLONE, 2004).

Comumente estão relacionados à situação socioeconômica baixa, perda de conjuge, algum tipo de doença física e o isolamento social. Também existe a dificuldade em identificar e tratar sintomas, pelo fato de idosos apresentarem queixas somáticas pertinentes a idade avançada (SADOCK, 2007).

O tratamento da depressão deve objetivar à promoção da saúde e a reabilitação psicossocial; à prevenção de recorrências, a piora de outras doenças presentes e do suicídio; a melhora cognitiva e funcional; e ajuda para que a pessoa idosa possa lidar com suas dificuldades (SADOCK, 2007).

b) Demência: A demência é uma síndrome clínica decorrente de doença ou disfunção cerebral, de natureza crônica e progressiva, na qual ocorre perturbação de múltiplas funções cognitivas, incluindo memória, atenção e aprendizado, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, linguagem e julgamento (SADOCK, 2007; FREITAS et al., 2002).

O comprometimento das funções cognitivas é comumente acompanhado, e ocasionalmente precedido, por deterioração do controle emocional, comportamento social ou motivação. A demência produz um declínio apreciável no funcionamento intelectual que interfere com as atividades diárias acarretando declínio funcional progressivo e perda gradual da autonomia e da independência (FREITAS et al., 2002).

A doença de Alzheimer é o tipo de demência mais prevalente entre os idosos com início insidioso, que provoca perda da memória e declínio cognitivo lento e progressivo, os quais provocam mudança da personalidade, depressão, delírios e alucinações, agressividade, perambulação, desinibição sexual e distúrbios da alimentação. Ela é causada por fatores multifatoriais dentre estes hipertensão arterial, diabetes, processos isquêmicos cerebrais e dislipidemia. Estimular os idosos a manter a mente ativa talvez seja a ação profilática (FREITAS et al., 2002; MONTANO, 2009).

Os sintomas da doença de Alzheimer segundo Caovilla e Canineneu (2002) podem ser divididos nos estágios leve, moderado e severo. O leve ocorre confusão e perda memória, desorientação espacial, mudanças na personalidade e na capacidade de julgamento; no moderado, aumentam as dificuldades da vida diária, aparecem quadros de ansiedade, delírios e alucinações, agitação noturna, alteração no sono, dificuldade de reconhecimento de amigos e familiares; no severo, ocorre diminuição acentuado do vocabulário, diminuição do apetite e peso, incontinência urinária, descontrole fecal e dependência funcional progressiva de outras pessoas.

De acordo com Silva e Néri (2000), o suporte mais importante para os idosos são dados por companheiros (esposos), filhos e outros parentes e amigos. Além de poder colaborar para que a doença de Alzheimer tenha menor incidência sobre a Qualidade de Vida do Idoso, pode identificar precocemente o primeiro sintoma da doença, a perda da memória, caracterizada na prática, quando o idoso tem dificuldade de lembrar fatos que acontece recentemente na sua vida, como não reconhece pessoas, mesmo as mais próximas, e por outro lado, lembra com facilidade de eventos ocorridos na sua infância e juventude.

A demência vascular é o segundo tipo mais prevalente de demência, sendo qualquer demência causada por doença cerebrovascular que tem início abrupto, relacionado a um acidente vascular cerebral ou a um ataque isquêmico transitório, com deterioração seletiva, podendo haver estabilidade, melhora ou piora progressivas, curso gradualmente deteriorante, geralmente, de caráter flutuante ou com deterioração em degraus. Geralmente, a pessoa também apresenta hipertensão arterial, diabetes, coronariopatias e outras

manifestações de aterosclerose difusa (MONTANO, 2009; BRASIL, 2007; FREITAS et al., 2002).

Normalmente o quadro clínico da demência vascular apresenta hemihipoestesia, hemiparesia, marcha em pequenos passos, hiper-reflexia, dentre outros sinais (MONTANO, 2009).

Outro sinal característico dos aspectos psicológicos com a chegada da velhice é a solidão, que inclui sentimentos de insatisfação com a vida, isolamento e tristeza (CAPITANINI, 2000). Segundo o mesmo autor este estado emocional não é causado simplesmente pelo fato do idoso estar fisicamente só, mas de estar sendo privado de relacionamentos que gostaria de ter. Pois com o envelhecimento, ocorre vários fatores que proporcionam sentimentos de tristeza e isolamento como: aposentadoria, perda do parceiro, saída dos filhos de casa, a diminuição de contatos e relacionamentos sociais significativos, agradáveis e importantes.

O envelhecimento bem sucedido está intimamente ligada a saúde do idoso, a qual está relacionada na estimulação do pensar, do fazer, do dar, do trocar, do reformular e do aprender. O idoso necessita de atividades que o faça sentir-se útil e lhe proporcione prazer e felicidade. As atividades de grupo são ótimas para manter o sociabilidade, para a diminuição dos sentimentos de solidão do indivíduo e contribui significativamente para sua qualidade de vida (ZIMERMAN, 2000).

De acordo com Toscano (2005, p.44)

A participação em atividades de lazer nos centros de convivência leva as pessoas a se sentirem felizes e mais saudáveis. Essa percepção de saúde não está vinculada necessariamente a ausência de doenças. [...] Esses centros representam, também, para eles a oportunidade para vivenciar experiências até então não permitidas pelos compromissos com o trabalho e pelas responsabilidades dos papéis familiares assumidos que não foram desenvolvidas ao longo da vida adulta. [...] Junto ao aumento do envelhecimento da população mundial, os valores e conceitos com relação à velhice passam por uma forte transformação social e conflitada devido ao despreparo da realidade atual. Entretanto, a releitura globalizada sobre o envelhecimento, procura oportunizar ações preventivas, fornecendo subsídios para a construção de um novo modo de viver a velhice.

Ao mesmo tempo, várias pesquisas demonstram que os exercícios físicos bem planejados, principalmente quando praticados em grupo, elevam a autoestima do idoso, contribui para a implementação das relações psicossociais e para o reequilíbrio emocional. O exercício físico estimula a atenção, a memória de curto prazo e o desempenho dos processos

executivos, como planejamento de ações sequenciais logicamente estruturadas e capacidade de autocorreção das ações. Ainda percebe-se que a atividade física regular contribui para diminuição do sofrimento psíquico causados por quadros depressivos (STELLA et al. , 2002).

3.3 Aspectos sociais do envelhecimento

O processo de envelhecimento não se resume aos aspectos demográficos, sua complexidade exige que seja estudado por diversas disciplinas, sob múltiplos ângulos. É um fenômeno que percorre toda a história da humanidade, mas apresenta características diferenciadas de acordo com a cultura, com o tempo e com o espaço e está relacionado com a perda da identidade como cidadão, mudanças de papéis sociais, aposentadoria e diminuição dos contatos sociais.

Se buscarmos a evolução histórica, veremos que para os gregos, a velhice era tratada com extremo desprezo, sendo o seu lema “prefiro morrer a envelhecer”, no entanto, os jovens que eram considerados belos, os preferidos dos deuses, eram tirados precocemente da corrente da vida antes que o tempo os afogasse em velhice (BEAUVOIR, 1990; MEIRELLES, 1999; LORDA, 1985).

Segundo Beauvoir (1990) alguns filósofos gregos como Homero, possuíam uma visão diferenciada da velhice, associando esta fase à sabedoria, pois o tempo lhe concediam a experiência, a arte da palavra e a autoridade. Entretanto, este período aparece fisicamente enfraquecido.

Sócrates, o qual não atingiu a plena velhice, comentava que para indivíduos prudentes e bem preparados, a velhice não constitui peso algum. Por outro lado, Platão, que chegou aos 80 anos, afirmava que a velhice faz surgir em nós um imenso sentimento de paz e libertação (MEIRELLES, 1999; BEAUVOIR, 1990).

Aos 80 anos, Platão ainda se dedicava às pessoas que estavam na velhice e voltava seu tempo principalmente às questões relacionadas às leis, insistindo, muitas vezes, nas obrigações dos filhos para com seus velhos pais, com quem devem falar respeitosamente, colocando suas riquezas e a própria pessoa à disposição deles (MEIRELLES, 1999; BEAUVOIR, 1990).

Aristóteles comenta que o homem progride até os 50 anos, pois nesta idade é preciso ter atingido a *frenosis*, esta sabedoria prudente que permite conduzir-se com

igualdade, para ter adquirido experiência, sabedoria incomparável. No entanto, a partir daí ocorre um declínio do corpo descrevendo em “A retórica” um elogio aos jovens com as cores mais risonhas e a velhice apresenta-se, em todos os pontos, como o oposto:

Porque viveram inúmeros anos, porque muitas vezes foram enganados, porque cometeram erros, porque as coisas humanas são, quase sempre, más, os velhos não têm segurança em nada, e seu desempenho em tudo está manifestado aquém do que seria necessário. Eles são reticentes, hesitantes, temerosos. Por outro lado: Têm mau gênio, pois, no fundo, ter mau gênio é supor que tudo está pior. Estão sempre supondo o mal em virtude de sua desconfiança e desconfiam de tudo por causa de sua experiência da vida. São mornos, tanto nos amores, como nos ódios. São mesquinhos porque foram humilhados pela vida. Falta-lhes generosidade. São egoístas, pusilânimes, frios. São imprudentes; desprezam a opinião. Vivem mais de lembranças do que de esperança. Tagarelam, repisam o passado. Seus arrebatamentos são vivos, mas sem força. Parecem moderados porque não têm desejo, mas apenas interesses. É para esse interesse que vivem, e não para a beleza. Estão abertos à piedade, não por grandeza de alma, mas por fraqueza. Lamentam-se, e não sabem mais rir (BEAUVOIR, 1990, p. 136).

Assim, Aristóteles, na maioria dos seus discursos, vê decadência nesta fase da vida enquanto que Platão vê apogeu. Esta fase passa a ter duas visões através dos tempos: vai se dividir entre os platônicos (a velhice é alma, espírito, saber, ordem) e os aristotélicos (a velhice é corpo, é fraqueza, ressentimento, decadência) (BEAUVOIR, 1990).

De acordo com Meirelles (1999), no século VI, Santo Isidoro de Sevilha vai repercutir o pensamento da igreja e vê na velhice (que vai dos 50 anos em diante, naquele tempo) uma decadência, pois os velhos eram vistos como pessoas que não possuíam mais tanto bom senso como antigamente, e “caducam” na sua velhice.

No período do baixo Império até a Idade Média, os velhos foram excluídos da vida pública e os jovens que conduziram o mundo, tornando-se os grandes heróis da época. (MEIRELLES, 1999). O mesmo autor relata que passando o tempo, chegando à renascença, a velhice também foi associada à decadência da vida, pois, vê-se que o tema foi sempre tratado de maneira estereotipada, ocorrendo as mesmas comparações, mesmos adjetivos que alguns filósofos deram na antiguidade.

Na idade moderna (século XIX), com a ascensão da burguesia, o velho passa a ganhar maior espaço para existir, sendo encarado como a unidade e a permanência da família, através de seus bens materiais acumulados. O avô representava o símbolo e a encarnação da família: era respeitado (MEIRELLES, 1999; BEAUVOIR, 1990).

No entanto, o envelhecimento só emerge enquanto fenômeno social de alta relevância a partir do século XX, devido aos avanços nas áreas da saúde, do saneamento básico, da tecnologia e da questão ambiental, apresentando cada vez mais às pessoas este período da vida. Assim, passa a ser necessárias novas ciências como a gerontologia, que estuda o processo fisiológico do envelhecimento e a geriatria, que trata das enfermidades da velhice.

Apesar da evolução da ciência a presença do idoso à sociedade é observada por dois olhares distintos, por um lado, exaltada como na visão platônica e do outro é degradada como na visão aristotélica.

Segundo Jacob Filho (2009) o envelhecimento é marcado pela perda dos papéis e conseqüentemente diminuição da auto-estima. Um agravante, da Qualidade de Vida do idoso, é a falta de perspectiva ou de objetivos que possam motivar aquele que envelhece.

Moragas (2004) ressalta que o valor social de cada pessoa, ou seja, o *status* é definido por questões complexas, contudo apresenta no quadro 2, simplificando as características referentes do *status* tanto positivo quanto negativo da pessoa idosa, em 4 áreas:

| AREAS | POSITIVAS | NEGATIVAS |
|------------------|--|---|
| Biológica | Imunizado, desenvolvido, maduro, (mulher) liberada da reprodução. Desenvolvido | Fraco, doente, limitado, (mulher) perda da capacidade de produção. |
| Psíquica | Equilíbrio, estável, experimentado e sereno | Lento, inseguro, desmemoriado e confuso |
| Social | Liberado do trabalho obrigatório, disponibilidade de tempo e menor número de responsabilidades | Perda do poder de trabalho, limitação de contatos sociais, menor influencia e menor poder social. |
| Econômica | Previdência-pensão vitalícia, assistência sanitária gratuita, vantagens fiscais e serviços gratuitos em espécie. | Revisão de pensões insuficientes, maior necessidade de assistência sanitária, impostos crescentes e perda do poder de aquisitivo. |

Quadro 2 – Características do *status* da velhice

Fonte: MORAGAS, 2004, p. 93

Diante da apresentação do quadro 2, observamos que em nossa sociedade há necessidade de medidas que minimizem os aspectos negativos e façam com que o idoso, e principalmente a sociedade, reconheça os aspectos positivos, para que ele desempenhe seu papel com qualidade perante a sociedade e que seu *status* esteja de acordo com o grau de significância como nas demais faixas etárias.

A vida pode ser vivida de diversas maneiras, mas vivemos de acordo com os limites impostos e definidos pelo potencial biológico, psíquico e pelas normas sociais, sendo a última, responsável em ditar os papéis sociais em cada idade (HAYFLICK, 1997).

Quando o idoso vai diminuindo o número e a intensidade de suas ocupações, redistribuindo mal seu tempo e sua energia dentre outros papéis sociais, ele poderá perder o significado psicossocial de sua vida, acarretando perdas substanciais de sua autonomia para a qualidade de vida. Para que isso não ocorra o idoso tem que estar consciente e entender que há possibilidades de realização de atividades novas contínuas, o que lhes possibilitem exercitar o seu papel perante a sociedade.

Mas, os valores sociais atuais que enfatizam prioritariamente os valores juvenis de beleza, força, inovação, radicalmente opostos aos valores dos idosos são barreiras imensas, para que os idosos busquem um envelhecimento bem sucedido, com possibilidades de experimentação do novo, traçando seus próprios caminhos, fazendo suas próprias escolhas para ocupar um lugar na sociedade com qualidade de vida (JACOB FILHO, 2009).

Segundo Rosa, Keinerte e Louvison (2009, p.1),

O entendimento da Velhice, como uma etapa da vida onde se destaca o caráter de decadência física e ausência de papéis sociais, vem sendo assumido pelas sociedades modernas desde os meados do século XIX, sustentado pela ideologia produtivista. Nesse sentido, o avanço da idade como um processo contínuo de perdas e de aumento da dependência, responsável por um conjunto de imagens negativas associadas à velhice, ainda permanece relativamente forte no imaginário social, até os dias atuais.

A participação social do idoso é influenciada pela ordem sócio-cultural vigente, sendo percebida, geralmente, como um inútil, inválido, não-produtivo economicamente, seres incapazes de aprender e evoluir, um peso social, que necessita de assistência integral, alimentação e segurança.

Uma sociedade competitiva e individualista como a nossa - que sobrestima a juventude, a beleza física e os bem sucedidos financeiramente - efetivamente não valoriza os mais velhos. O final da fase “produtiva” pode trazer consigo sentimentos de inutilidade, baixa auto-estima, insegurança, perda de contato e de participação em atividades sociais. Tais fatores comumente acarretam episódios depressivos, sentimentos de ansiedade e de angústia (SALUM, 2009, p.85).

A discriminação, em função e razão da idade, é comum nas sociedades que se baseiam em valores jovens, características das sociedades industriais desenvolvidas, e que não são previstos papéis para os idosos. Estas discriminações são piores quando se acrescentam as desigualdades por sexo, nível econômico, etnia, falta de saúde, falta de relações sociais (viver

sozinho e não ter família), dentre outras. Tais discriminações causam a solidão, por impossibilitar aos idosos espaços para sociabilidade (SALUM, 2009; MORAGAS, 2004).

Talvez a principal causa da persistência de atitudes e crenças distorcidas em relação a velhice resida no fato de as pessoa presenciarem cotidianamente as experiências negativas vividas pelas pessoas mais velhas, nos domínios da saúde física e mental, da vida social e dos direitos. Mesmo que uma parcela dos idosos goze de boa saúde, de condições financeiras pelo menos razoável, de aceitação social e de atendimento igualitário aos seus direitos, mesmo assim a velhice impõe receios e restrições, porque implica maior fragilidade e menor probabilidade de sobrevivência (NERI et al., 2006).

Em uma sociedade que cultua super-heróis, temos dificuldades em aceitar os ciclos da vida, as quedas normais em razão do envelhecimento e da proximidade da morte como fim natural do ciclo da vida. Em nossa sociedade não conseguimos conviver com perdas e incapacidades, pois a sociedade é pensada para pessoas em exercícios máximos de suas funções pessoais e sociais e que buscam a imortalidade, sendo a morte vista como uma derrota (NERI, et al. 2006).

O ser humano também se recusa a aceitar o envelhecimento devido à falta da razão de “ser” durante esta etapa da vida na sociedade, fazendo com que muitos idosos afastem-se de uma vida ativa, mesmo que ainda tenham condições funcionais condizentes (PAPALEO NETTO, 1996).

Este ambiente social que teme e rejeita o idoso, acelera o processo de envelhecimento, pois favorece o distanciamento das atividades e dos papéis sociais, perda da autonomia e independência e poder de decisão sobre sua própria vida.

[...] as pessoas deveriam ser valorizadas por manifestações mais substanciais do que o brilho da pele ou a elasticidade dos músculos, para que não sejam consideradas somente como organismos animais funcionais ou estéticos, cavalos de corridas, cães de raça e esquecer valores intelectuais e morais, patrimônio característico dos seres humanos”(MORAGAS, 2004, p. 45).

Esta situação social faz-se necessário que o idoso encare o envelhecimento como uma etapa da vida significativa. Mas para isso é preciso que o idoso adote “[...] um comportamento ativo individualmente ou em grupos, tornando claras suas reivindicações e fazendo pressão na sociedade para valorização da sua situação" (CASTIGLIA, 2006, p.4). De acordo com a mesma autora o percurso do movimento social do Brasil é:

[...] pauta de debates sociais, políticos, econômicos, culturais, na saúde e entre outras áreas que têm interesse em investigar o aspecto social do idoso. O direito do idoso tem como porta-vozes representantes de entidades técnico-científicas, como a Associação Nacional de Gerontologia (ANG) e a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) (CASTIGLIA, 2006, p.4).

Os idosos não encontraram um papel coerente na sociedade contemporânea pelos diversos fatores descritos anteriormente e porque a definição de idoso está tradicionalmente ligada ao final de sua vida ativa e ao ingresso à inatividade “aposentadoria”, dificultando a busca de espaços para exercer o seu papel enquanto cidadão portador de direitos e deveres perante a sociedade.

A aposentadoria marca a chegada da velhice, concebida como uma instituição social, para assegurar aos indivíduos a renda permanente até a morte, devido à crescente necessidade de segurança individual que marca a sociedade contemporânea (MORAGAS, 2004). Por um lado este benefício e reconhecimento ao idoso por muito tempo ter se dedicado ao trabalho e por outro, como um sujeito com posição de desempregado, que pode gerar a ele sensação de inutilidade e impotência social (SIMÕES, 2001).

Devido à aposentadoria o indivíduo está sujeito a diversos efeitos negativos, dentre estes os econômicos, pois há diminuição dos proventos financeiros, que reflete diretamente no nível de vida do idoso; e sociais, através da diminuição da rede de relacionamentos com as pessoas, pois não se relaciona mais com o grupo de trabalho (MORAGAS, 2004).

Na sociedade capitalista vigente, trabalho e velhice são considerados realidades opostas ou pelo menos dificilmente compatíveis, pois segundo Moragas (2004) a sociedade considera o trabalho com papel ativo e produtivo, gerador de renda, as quais requerem responsabilidade e provocam exigências físicas, psíquicas e sociais em ritmo intenso; e a velhice com papel passivo associado à fase não-produtiva; recebedora de pensão; pouca aptidão física; ritmo vital lento; isenção de obrigações e de responsabilidade.

Esta dicotomia entre trabalho e velhice vem mostrando que está sendo, ou pelo menos deverá ser superada, pois os idosos vêm demonstrando que, se estiverem com boa saúde biopsicossocial, exercerão seu papel até o final da vida como profissionais independentes e autônomos.

Para diminuir os efeitos negativos sobre o processo de envelhecimento há a necessidade de se tomar medidas, para que a aposentadoria não se torne um risco à qualidade de vida do indivíduo, por meio de ações que proporcionem ao idoso ajuste à nova situação de

vida através de motivação, preparo e oportunidades para realizar novas atividades. Estas ações são garantidas por direitos previstos na política nacional do idoso e do estatuto do idoso.

No entanto, os direitos dos idosos contemporâneos são mais frutos de regulamentação de leis do que do apreço social real. Pois em virtude das desigualdades de distribuição de renda, da força e capacidade de trabalho empregada pelas jornadas de trabalho extensas e da escassez de postos de trabalhos faz com que as pessoas se aposentem precocemente, diminuindo a presença cada vez mais cedo no ambiente de trabalho, tornando-os suscetíveis e havendo necessidade da criação de regulamentação de leis, de políticas protetoras com assistência à saúde, privilégios econômicos e serviços gratuitos para que diminuam-se as desigualdades.

A Lei 8.842/94 estabelecida em 1994 no documento “Política Nacional do Idoso”, estabelece normas sobre os direitos sociais do idoso, garantindo autonomia, integração e participação efetiva como instrumento de cidadania. Este documento foi criado com a intenção de garantir e promover condições para população ter mais anos de vida com qualidade de vida, através da ação conjunta de diversos ministérios setoriais (Ministérios da Previdência e Assistência Social, da Educação, da Justiça, Cultura, do Trabalho e Emprego, da Saúde, do Esporte, Turismo e Transporte), que devem elaborar proposta orçamentária, no âmbito de suas competências, visando ao financiamento de programas nacionais compatíveis com a política nacional do idoso (BRASIL, 2003).

Apesar de todas as políticas públicas aprovadas e leis que defendem o direito do idoso, esta camada da sociedade ainda estão vulneráveis à marginalização, abandono, solidão e perda dos direitos como cidadãos livres e importantes para construção da sociedade.

Há necessidade de se criar projetos, políticas públicas que favoreçam o resgate da dignidade e da cidadania do idoso, e que são ao mesmo tempo, contrários aos preconceitos que marginalizam os idosos. Pois não basta dar mais anos de vida, se estes anos a mais não forem para serem vividos com dignidade humana (PAPALEO NETO, 1996).

A necessidade de se estudar a questão social do idoso é cada vez mais eminente pela complexidade que exige, pois os idosos de hoje são mais heterogêneos, de diversas idades, com estados de saúde diferentes, preferências variadas e múltiplas aspirações, o que nos leva a crer que, no futuro, o papel dos idosos será muito mais dinâmico.

Estimular e/ou manter o exercício da cidadania em qualquer fase da vida são instrumentos eficazes para que o indivíduo tenha Qualidade de Vida. Manifestar o direito de cidadania pelo voto; participar e opinar em reuniões de condomínio, associações ou para a

execução de trabalhos adequadamente escolhidos são exemplos importantes da manutenção da cidadania e da ampliação do desempenho social. Pois segundo Jacob Filho (2009, p. 32),

Se houve, no passado, o conselho dos anciãos ou o senado romano para permitir que os raríssimos idosos pudessem contribuir para a sociedade dos mais jovens, haveremos de criar espaços para que esta grande população de idosos que se agiganta a cada momento possa ser incluída na comunidade à qual pertence.

Retomando ao sistema previdenciário, muitas vezes insuficiente, “a família” se torna muito importante para suprir necessidades econômicas dos idosos. Mas é importante ressaltar que alguns idosos ajudam economicamente sua família e pessoas próximas com custeio de necessidades materiais devido ao desemprego, crise matrimonial e doenças.

Pereira (2006) ressalta que quando se pensa no idoso e na sua família, logo se imagina o idoso como um ônus, pois devido suas deficiências e incapacidades, exigiria esforço físico, apoio psicológico e emocional. Contudo, essa não é uma realidade geral e os dados demográficos brasileiros atuais demonstram que cada vez mais o idoso tem sido apoio para seus familiares, como já observamos anteriormente.

Na família o idoso tem a oportunidade de desenvolver a personalidade e qualidade das relações com maior intensidade como em qualquer outra situação.

Neste ambiente, o idoso é satisfeito e satisfaz inúmeras necessidades de alimentação, habitação, cuidados durante doenças, a auto estima, amor, afeto, equilíbrio psíquico, relação, comunicação e principalmente da importância de pertencer a um grupo (MORAGAS, 2004; DEBERT, 2004).

A alimentação equilibrada, uma necessidade fisiológica, é mantida quando o idoso vive em família, pois os idosos quando vivem sozinhos, de acordo com inúmeras pesquisas, estão muito mais sujeitos à desnutrição e à anorexia por não se alimentarem equilibradamente (DIOGO, NERI, CACHIONI, 2006).

A habitação é outro fator muito importante, pois é dada a importância do idoso viver independentemente e com autonomia, mas há necessidade também de proximidade física de pais idosos e filhos para manter a possibilidade de relação imediata em caso de necessidade primordiais como os relacionados a saúde (MORAGAS, 2004).

A família pode oferecer aos idosos um ambiente que dê significados as suas vidas, mantendo sua auto estima e reconhecendo o papel do “pai, do avô” na sociedade que a mesma não lhes ortoga.

Todo idoso deveria, por direito, envelhecer-se de forma ativa, livre das dependências funcionais e com saúde, e para que isso ocorra exige-se ações individuais e coletivas específicas de prevenção e promoção em saúde em todas as fases da vida.

No seio da sociedade atual o gênero feminino se faz presente na maioria das pessoas acima de 60 anos, e esta população merece destaque por ter características próprias, as quais destacaremos na continuação de nosso estudo. Discutiremos também as concepções de “corpo” e sua relação com o envelhecimento feminino.

3.4 Mulher, corpo e envelhecimento

Dentro da população idosa, o sexo feminino prevalece perante ao masculino no número de pessoas, processo que leva o nome de feminização da velhice (NERI, 2001c). Segundo a mesma autora o gênero feminino idoso é tratado, ora como causadores dos males que afligem os sistemas públicos de saúde e de previdência ora como pessoas importantes que devem ser protegidas pelas instituições sociais e do estado brasileiro.

Dados demográficos apresentados pelo IBGE (2008) comprovam cada vez mais a feminização da velhice, pois de acordo com o instituto, em 1980, existia 98,7 homens para cada grupo de 100 mulheres, em 2000 existia, para cada 100 mulheres, 97 homens e em 2050, espera-se que a razão de sexo da população fique por volta de noventa e quatro por cem. Dessa forma estima-se que para o ano de 2050 exista uma população de mulheres de 7 milhões a mais que homens.

As mulheres vivem mais do que os homens, inicialmente, porque são menos vulneráveis a doenças letais, no entanto, são mais acometidas por doenças crônicas degenerativas como hipertensão e artrites, tornando-as consumidoras de remédios, da funcionalidade física e da saúde percebida que somados a fatores como escolaridade menor, viver só, ter que cuidar de alguém, e precisar de cuidados provoca queda na sua Qualidade de Vida percebida (NERI, 2001c).

Doenças no âmbito psicológico são mais comuns também em mulheres idosas em comparação aos homens, como depressão, ansiedade e demências devido a maior longevidade e por ter menos oportunidades educacionais, tendem, também sofrer, a mais isolamento, solidão e perceber sua auto-imagem negativa (NERI, 2001c).

Motta (2001) destaca que esse fenômeno denominado “feminização” é visto somente sobre o aspecto estatístico e demográfico, e que não se reconhece que o envelhecimento se tornou uma questão feminina. Talvez o que justifica esta visão e tratamento da mulher envelhecida seja uma questão histórica, de discurso do universalismo masculino e da ocultação do papel da mulher na história da construção da sociedade.

O lado feminino sempre foi considerado como obscuro, inferior, menos dotado, o como o mais próximo da matéria. O lado masculino foi considerado como superior, claro, e portanto mais próximo do espírito, em última análise mais apto a representar Deus (GEBARA, 2000, p. 117).

Na verdade as mulheres sempre estiveram presentes, no entanto ocultas aos olhos de uma sociedade sexista (quer dizer a valorização de um sexo em detrimento do outro) que impõe historicamente uma inferioridade da mulher em relação ao homem (GEBARA, 2000).

Gebara (2000) ainda ressalta que o homem tem seu papel historicamente centralizado, sociedade patriarca, e que os valores chamados masculinos parecem ser os mais apreciados e mais influentes nas relações humanas.

Esta ausência de igualdade dos seres, os quais desconsidera à dimensão ética de justiça, de igualdade e de respeito à pluralidade dos seres e que desvaloriza a mulher no contexto social dificulta a Qualidade de Vida durante o período da velhice.

A feminização da velhice é fator preocupante, pois as mulheres são mais suscetíveis aos acometimentos crescentes, à medida que o envelhecimento avança em relação à saúde, funcionalidade, proteção e integração social.

Os riscos são em parte devidos a fatores biológicos, em parte devido a estilo de vida, histórico de saúde e doença, pobreza, baixa escolaridade e isolamento social e a diferenças em oportunidades entre homens e mulheres, as quais prejudicam as mulheres. As mulheres são mais envolvidas social e afetivamente e isso por um lado atua a seu favor, como fator protetor. Por outro elas podem ser relativamente prejudicadas pelas imposições sociais de prestar cuidados ao cônjuges e aos ascendentes (NERI, 2001c, p.16).

Fajardo (1997) enfatiza que as mulheres apresentam maior vulnerabilidade física e econômica na sociedade devido a três fatores:

a) Por maior morbidade, resultantes de diferenças fisiológicas que se veem agravadas pelo efeito acumulado da desnutrição, das gestações contínuas, do desgaste físico e

psicológico de uma dupla jornada de trabalho “doméstico e trabalhista”, e sua subordinação social e econômica.

b) Maior vulnerabilidade devido ao aumento da solidão por causa de maior longevidade que seu parceiro.

c) Por seu menor acesso às prestações de serviço de seguridade social e de saúde, devido a sua posição de desvantagem no mercado de trabalho durante a idade ativa, as menores taxas de emprego, particularmente no setor formal da economia, sua menor remuneração e a sua participação trabalhista intermitente por causa da maternidade.

Vivenciar um envelhecimento com Qualidade de Vida deveria ser direito de toda mulher idosa, no entanto, são grupos de pessoas mais suscetíveis às discriminações socioeconômicas e a acometimentos na saúde física e mental.

Com o envelhecimento, muitas mulheres se sentem livres do sistema patriarcal, o qual imprime um ambiente puramente doméstico, de submissão ao homem, da “obrigação” de cuidar do família. Esta liberdade que vêm em decorrência da viuvez, da separação, da saída dos filhos de casa, faz com que as mulheres idosas busquem atividades e espaços de convívio social que supram suas carências acumuladas ao longo da vida (PEREIRA, 2006).

Outro fator importante na velhice da mulher é a aposentadoria, para as idosas que desfrutaram de sua vida apenas do ambiente domiciliar durante sua sobrevivência, sendo dependentes dos proventos financeiros da figura do homem para satisfação de suas necessidades, pois com o recebimento da aposentadoria vinda seja das pensões deixadas após a morte de seus maridos ou pela própria aposentadoria, se sentem livres e com autonomia financeira em relação às atitudes de sua vida dependentes de custeio (PEREIRA, 2006; MORAGAS, 2004).

Para, Moragas (2004) as mulheres nunca se aposentam completamente, pois a maioria delas continuam com suas responsabilidades domésticas que absorvem muito de seu tempo. E apesar da mulher se aposentar pelos sistemas de previdência antes do que o homem, não necessariamente faz com que esta desfrute de aspectos somente positivos, pois são muito mais suscetíveis às limitações, tanto econômicas como físicas e sociais.

Alguns autores de acordo com Debert (2004) defendem que a mulher encara aposentadoria melhor do que os homens por possuírem vínculos mais intensos com os filhos e sobre menor controle pela sociedade.

Outro importante fator a destacar é o culto ao corpo, à beleza e à eterna juventude, onde o “corpo magro, sarado e bonito” é instrumento de vaidade e sedução sexual.

Sendo assim a mulher ao envelhecer perde os atributos que detinha enquanto era jovem para a atual sociedade.

Quanto mais a tecnologia avança, maior é a capacidade de produção em massa, e o mercado através dos processos de comunicação e propaganda, com o propósito do consumo de sua produção, investem na padronização de gostos e hábitos, verificados facilmente nos modismos relativos ao vestir e tratar o corpo.

Com a presença cada vez maior da mulher, a feminização da velhice se torna um nexo de mercado, o qual aliena a mulher, “o corpo feminino”, para que sirva como instrumento de consumo. Este novo mercado apresenta soluções mágicas para rejuvenescimento, como: cremes, cirurgias plásticas e corretivas para as imperfeições corporais, as clínicas estéticas e academias de ginástica para modelar e embelezar o corpo (COSTA, 2001).

A indústria da beleza, da saúde e do bem-estar contribui para disseminar atitudes fantasiosas a respeito da velhice entre mulheres dos segmentos médios urbanos, fazendo apologia da velhice como estado de espírito e condição que pode ser disfarçada, adiada ou remediada por meio de recursos gerados pela ciência e pela medicina (NERI, 2001c, p. 7).

Estes processos de alienação do “corpo”, principalmente da mulher é realizado pelo processo de produção e consumo, como podemos observar nas estratégias de publicidade que utilizam do corpo como elemento de consumo de acordo com a produção vigente, ou seja, o corpo é manipulado em direção a uma materialidade desvinculada da subjetividade que o anima, prevalecendo a razão e efetividade, entre afetividade e sexualidade, entre individualidade e alteridade. O corpo assim, no modo capitalista, é concebido apenas como uma máquina a serviço da produção (GONÇALVES, 1994).

No entanto, apesar do mundo contemporâneo, capitalista, “o homem pode encontrar uma brecha para inserir-se no movimento da história e lutar por sua humanização” (GONÇALVES, 1994, p. 90), pois de acordo com Nunes Filho (1997), o ser humano é uma entidade em transformação e renovação constante, o que contribui para sua sobrevivência no mundo. “Ser um processo inconcluso é parte da natureza e da própria essência do homem. O SER, no homem, é exatamente essa inconclusibilidade, ou seja, essa eterna possibilidade (NUNES FILHO, 1997, p. 81)”.

É a partir dessa eterna possibilidade que acreditamos que o ser humano busque crescer. Mas nosso entendimento de crescer não significa apenas galgar posições sociais, sobreviver muito tempo, obter coisas baseados no critério do consumo, onde o crescimento é

baseado no progresso material e de hierarquia social. Crescer é procurar viver a plenitude da existência, através da abertura deste eu no universo que o rodeia (NUNES FILHO, 1997).

Após estas discussões sobre corpo, acredito que devemos superar a visão dada por várias sociedades que nos impõe uma visão deformada sobre o corpo, onde esse é oprimido a partir de leis e regras sociais, que o “corpo” do ser humano e principalmente o “corpo” da mulher é tratado como instrumento de consumo e de produção.

Não podemos deixar-nos levar pela sociedade capitalista, que

[...] atrelada às novas descobertas das tecnologias biomédicas que propõem mecanismos tecnológicos para delinear e reger o corpo, reduzir a distância entre o que quer o pensamento e o que quer o corpo. Esse procedimento estende para o indivíduo a duração do pensamento no corpo como matéria que deve ser moldada e treinada, objetivando a performance física. [...] é imposto um modelo de corpo que é, ao mesmo tempo, produtor e consumidor. O mecanismo social e totalitário implementado pelo capitalismo busca, por interesses lucrativos, evidenciar os desejos do corpo e, com isso, torná-los fonte de lucro a serviço da economia. Os desejos são transformados em necessidades que a produção e o comércio programam para garantir o desenvolvimento e o capital. (COSTA, 2001, p. 11)

Reconhecendo a importância do movimento com intencionalidade, para o desenvolvimento, desdobramento e manutenção da vida, é que acreditamos no poder das atividades realizadas pela Educação Física para beneficiar a Qualidade de Vida das mulheres idosas. Sendo que a Educação Física,

[...] tanto de forma educativa, recreativa, quanto reabilitadora ou expressiva, deve ser pensada num contexto mais amplo e unificador (sujeito/corpo/sociedade) e, sobretudo, não dar demasiado valor ao corpo como matéria a ser treinada, disciplinada e tornada obediente. A prática da Educação Física deve preocupar-se com o desenvolvimento de atividades portadoras de expressões (gestuais/comunicativas) que tragam no seu bojo conteúdos simbólicos, relativos à vida dos indivíduos (COSTA, 2001, p. 13).

A Educação Física deveria atender a todos e a cada um, independente do estado de desenvolvimento, comportamento, rendimento, de condição e motivação. Os exercícios físicos, pode atuar nos aspectos biopsicossociais do processo de envelhecimento, mas ao oferecer um programa de exercícios físicos para idosos ter que atender à diversidade dos corpos individuais, com diferenciação de ofertas, de formas e intenções, deve-se observar que a harmonia entre os aspectos biopsicossociais são essenciais para que os idosos tenham autonomia para uma avaliação positiva subjetiva de sua Qualidade de Vida.

O processo de envelhecimento provoca riscos eminentes à Qualidade de Vida da Mulher, devido, segundo Néri (2001c) a fatores biológicos, ao estilo de vida, ao processo saúde-doença durante a vida toda, pobreza, baixa escolaridade, diferença em oportunidades entre homens e mulheres e isolamento social.

Diante à complexidade do envelhecimento, e busca da Qualidade de Vida para o idoso, discutiremos nas próximas sessões sobre as concepções, práticas e conceitos para Qualidade de Vida do idoso e como ela pode ser avaliada qualitativamente em grupos de mulheres idosas praticantes e não praticantes de exercício físico. Também apresentaremos os benefícios dos exercícios físicos para qualidade de vida dos idosos.

4 QUALIDADE DE VIDA, IDOSO E EXERCÍCIOS FÍSICOS

A Qualidade de Vida na terceira idade tem ganhado atenção nos últimos anos. Estatisticamente esta fase da vida representa um aumento significativo em relação à população jovem e adulta. Para falarmos de Qualidade de Vida na terceira idade, é necessária a compreensão do significado de Qualidade de Vida.

Também, nesse item, abordamos a relação entre idoso e exercícios físicos na interface com a Qualidade de Vida.

4.1 Qualidade de Vida

Para conceituarmos Qualidade de Vida encontramos dificuldades eminentes, pois não há consenso entre as definições sobre o assunto abordado por diversos autores e por ser um conceito subjetivo, dependente do nível sócio-cultural, da faixa etária e das aspirações do indivíduo.

O termo Qualidade de Vida pode ter inúmeros significados e apresentar vários sentidos e, de acordo com Gonçalves e Vilarta (2004a, p.3), “[...] diz respeito a como as pessoas vivem, sentem e compreendem seu cotidiano. Envolve, portanto, saúde, educação, transporte, moradia, trabalho e participação nas decisões que lhes dizem respeito e determinam como vivem no mundo”.

Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000), o termo Qualidade de Vida está relacionado ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Os autores ainda observam que termos não-materiais estão também presentes na concepção de Qualidade de Vida, como realização pessoal, felicidade, inserção social, solidariedade e amor.

A preocupação com o conceito “Qualidade de Vida” concorre para que, no âmbito das ciências humanas e biológicas, estabeleçam-se parâmetros mais amplos que a mera ausência de doenças, diminuição da mortalidade ou aumento da expectativa de vida na determinação de níveis de Qualidade de Vida.

Qualidade de Vida deve estar conivente a obtenção da saúde, da alimentação saudável, da boa moradia, da boa educação, da segurança contra violência, de desfrutar horas de lazer, de freqüentar atividades esportivas e motoras, da liberdade política e de

confraternizar constantemente com o outro (SIMÕES, 2001). Contudo a mesma autora relata que Qualidade de Vida na atual sociedade capitalista é considerada apenas no enfoque de acúmulo de poder monetário, ou seja, na aquisição de bens materiais, desconsiderando as relações humanas, prevalecendo o “ter”.

A Qualidade de Vida não deve ser avaliada só em relação ao “ter” “economia de consumo”, mas principalmente ao “ser”, à felicidade e à saúde das pessoas.

Segundo Tavares (2004, p.96)

[...] podemos dizer que Qualidade de Vida boa ou excelente é aquela que permite ao indivíduo a manifestação de sua individualidade (necessidades, aspirações e criatividade) em suas ações de forma que possa obter prazer e autoconhecimento a partir de seu trabalho, lazer e relacionamentos.

Devemos também levar em conta que para ter Qualidade de Vida temos que observar questões emergentes como limite de crescimento, produção sustentável, acesso ao conhecimento, desenvolvimento e utilização de tecnologias, cidadania, participação, justiça e ética social e ambiental ou como expõe Guimarães (2001) que a Qualidade de Vida é direito de todos e deve ser conquistada com ações conjuntas e positivas em favor do meio ambiente.

Segundo a Organização Mundial de Saúde Qualidade de Vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura, do sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo que abrange a complexidade do construto e interrelaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças sociais (WHOQOL GROUP, 1995).

De acordo com Forattini (1992) o termo pode ser entendido como uma resultante do somatório dos fatores decorrentes da interação entre ambiente e sociedade, atingindo a vida no que tange às necessidades psíquicas e biológicas .

Minayo (2000) afirma que Qualidade de Vida é uma noção eminentemente humana que aproxima-se do grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental.

A qualidade de vida é influenciada pela complexidade dos aspectos biopsicossociais, os quais são influenciados principalmente pelo modelo social vigente, o capitalismo, que imprime um mundo do trabalho.

Portanto, a realidade social atual e as discussões sobre o trabalho humano, demonstram a estreita relação entre o modelo social, baseado no modo de produção

capitalista, e a constituição da Qualidade de Vida dos indivíduos, necessitando para isto, reconhecer que o trabalho está relacionado à própria existência humana atual, e que pode ser considerado como elemento básico da organização social, afetando diretamente a saúde e a Qualidade de Vida dos indivíduos (MINAYO, 1992).

Se considerarmos que o modelo de produção capitalista para avaliação da Qualidade de Vida serão apreciados aspectos como afirmação individual, competitividade, produtividade, primado da astúcia sobre o trabalho braçal e nível de consumo. Saberemos que estes valores não servem a maioria da população, e ainda por oferecer desigualdades nas condições de vida destes (KOL, 2001).

A apropriação do dinheiro, do lucro do capital, a possibilidade da compra de imóveis, a fascinação pelas conquistas apreendidas são sinônimos de ter Qualidade de Vida no atual modelo capitalista. Segundo Simões (2001, p. 172) “olhar Qualidade de Vida apenas no sentido de acúmulo de riquezas materiais é não considerar o meio no qual estamos inseridos e as ações humanas”.

Segundo Moreira (2001b) Qualidade de Vida deve ser objeto de preocupação no tempo de trabalho e no tempo de não trabalho, pois, caso contrário, teremos um tempo de não trabalho apenas compensando a ausência de qualidade do tempo de trabalho, num papel de mera reposição de energias perdidas ou desperdiçadas.

Assim a Qualidade de Vida para ser entendida, seja ela no trabalho e/ou em qualquer outro espaço, não poderá ser analisada isoladamente, pois devem ser consideradas as várias dimensões da existência e do comportamento humano.

Rosário (2001, p.158) ressalta que os modelos de Qualidade de Vida deveriam ser tão diferentes quanto são os homens, dotados cada um deles de personalidade própria.

Acreditamos que o significado de Qualidade de Vida está voltado, [...] *em valores mais humanos, como ter pensamentos positivos, viver em comunhão com os outros, cuidar de seu corpo, evitar a vida sedentária, alimentar-se bem, possuir alegria nas realizações do dia-a-dia* (SIMÕES, 2001, p. 188).

A partir dos diversos modelos e significados de Qualidade de Vida, ratificamos que há dois caminhos para esta concepção. O primeiro relacionado ao “ter” voltado para a concepção neo-liberal “capitalista”, que valoriza a produção, a aquisição de riquezas, as questões quânticas e para isso quase sempre desconsidera as questões mais humanas voltadas para o “ser”. No entanto, o segundo caminho para o significado para Qualidade de Vida, voltado para o “ser” é mais condizente, pois está voltado para o bem estar em geral do ser

humano e da sociedade observando todos seus aspectos (saúde, educação, meio ambiente, lazer, etc.) e em relação à satisfação e à alegria de estar vivo (DEMO, 1994).

Os indicadores de Qualidade de Vida podem ser objetivos e subjetivos, sendo o primeiro referente às situações que podem ser medidas como situações de renda, emprego e desemprego, alimentação, qualidade do ar e outras. Segundo Viana (2003, p. 5)

Os parâmetros subjetivos introduzem a percepção pessoal dos aspectos de vida em questão, como as pessoas sentem ou que pensam de suas vidas; como o indivíduo percebe e valoriza os componentes materiais reconhecidos como base social e Qualidade de Vida. Os qualificadores de vida subjetivos encontrados nas pesquisas são saúde percebida, satisfação, bem-estar físico e psicológico, auto estima, autoconceito, senso de valor, crenças realísticas, espontaneidade, senso de humor, criatividade, controle emocional e estimulação intelectual

Sendo assim a subjetividade valoriza o sujeito, pois é a partir do discurso dele que conhecemos a sua experiência em relação à Qualidade de Vida. A partir desta valorização do que o sujeito pensa e sente que acreditamos nos instrumentos de avaliação subjetiva da Qualidade de Vida.

Na tentativa de verificar a Qualidade de Vida, foram criados inúmeros instrumentos subjetivos para sua avaliação, no entanto acreditamos que o tipo de aferição que condiz com o propósito de nosso estudo foi o *WHOQOL*, o qual foi criado pelo grupo da Organização Mundial de Saúde (OMS) de Qualidade de Vida “*WHOQOL group*” através de um grupo de especialistas de Qualidade de Vida, que tinha como objetivo, elaborar um instrumento que reunisse a maior aproximação possível do tema e, que atendesse a uma concordância em todo mundo na maior parte dos aspectos relacionados aos conceitos de Qualidade de Vida e que envolvesse algumas características como: subjetividade (Qualidade de Vida é um conceito subjetivo), bipolaridade (possui dimensões positivas e negativas), multidimensionalidade (múltiplas facetas e dimensões, que podem ser físicas, psicológicas e sociais) e mutabilidade (a avaliação de Qualidade de Vida muda com o lugar, tempo e contexto social e cultural e de acordo com o estado de espírito de cada um) (WHOQOL GROUP, 1995).

O WHOQOL não surgiu apenas como mais uma avaliação genérica de Qualidade de Vida para uso de pessoas doentes e saudáveis traduzida em muitas línguas (embora isso já tenha sido suficiente), mas partiu da necessidade de encontrar maneiras inovadoras de desenvolver versões em múltiplas línguas, com níveis de equivalência muito mais altos do que jamais se havia feito para uso transcultural, e de fornecer os meios para que

centenas de outras culturas criem instrumentos da mesma forma (FLECK et al, 2008, p. 12).

Este instrumento está traduzido e disponível em 20 diferentes línguas, em sua forma completa “longa” com 100 questões contendo seis domínios (psicológico, físico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade) e a forma “abreviada” com 26 questões em quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), denominado *WHOQOL bref* e de acordo com Fleck et al. (2008) ambos estão em condições de serem utilizados.

Segundo Chachamovick e Fleck (2008, p.81) “o *WHOQOL bref* é uma alternativa de instrumento genérico de aferição da Qualidade de Vida de curta extensão, aplicável a uma larga variedade de populações” que possa ter características heterogêneas, ou seja, pode ser aplicado em indivíduos saudáveis e/ou com doenças clínicas em diferentes estágios.

Para melhor esclarecimento, a seguir são apresentados os quatro domínios em forma mais detalhada de acordo com o grupo *WHOQOL* (2000):

1º . Domínio Físico: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividade da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos para a saúde e capacidade de trabalho.

Neste domínio, o fator mais importante a ser discutido é a capacidade funcional, pois a saúde funcional do idoso está associada ao convívio social, a condição intelectual, ao estado psicológico, às atitudes perante ao mundo e a Qualidade de Vida. Pois com o processo de envelhecimento pode ocorrer aparecimento e aumento de doenças crônicas degenerativas, incapacidade funcional e perda e/ou diminuição da autonomia provocando alterações na Qualidade de Vida do idoso e conseqüentemente podendo torná-lo dependente (NAHAS, 2001, VERAS, 1994). A manutenção da capacidade funcional pode implicar ao idoso manter sua atividade profissional e/ou freqüentar, “ocupar-se” com atividades que sejam agradáveis (ROSA et al., 2003).

A capacidade funcional do indivíduo tem os seguintes componentes: as atividades da vida diária (atividades de comer, beber, lavar o rosto e mãos, ir ao banheiro, deitar e levantar da cama, levantar da cadeira, mover-se dentro de casa, vestir-se, arrumar a cama, fazer compras e mover-se em terreno plano); e as atividades instrumentais na vida diária (atividades como passar roupas, tomar banho, atividades de limpeza leve dentro de

casa, preparar refeições, limpeza da casa e jardinagem). (ANDREOTTI, OKUMA, 1999; ROSA et al., 2003)

2º . Domínio Psicológico: sentimentos positivos e negativos, concentração, aprender, pensar, auto-estima, imagem corporal e aparência.

Entendemos que neste domínio o componente mais importante é a auto estima, a qual quando positiva, significa gostar de si e do que é realmente, de forma realista compreender as habilidade e limitações que se tem e aceitação da própria aparência (MAZO et al., 2009). Como já discutimos anteriormente com o decorrer do envelhecimento humano ocorre aparecimento de rugas, cabelos brancos e/ou calvície, flacidez, características as quais vão de encontro às normas da sociedade capitalista, que prega o novo e o belo, sujeitando assim, aos idosos, estereótipos sociais impostos que dificultam seu reconhecimento como “ser no mundo” e sua Qualidade de Vida.

3º Domínio Social: relações pessoais (parentes e amigos), suporte social (apoio) e atividade sexual.

O que mais marca o domínio social é a aposentadoria, que é um marco da entrada da 3ª idade que pode provocar nos idosos um processo de perda da personalidade e marginalização social (MAZO et al., 2009). Sobre aposentadoria e os demais itens relacionados ao domínio social já foi descrito especificadamente no capítulo anterior.

4º Domínio Ambiental: segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir informações no dia a dia, participação e oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico e transporte.

O domínio ambiental envolve os cuidados pessoais e a relação do idoso com o ambiente em que vive. O domínio ambiental engloba os subdomínios de segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir informações no dia-a-dia, participação e oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico e transporte (CONTE, 2004 p. 22).

De acordo com Nahas (2001) dentre as condições ambientais essenciais para Qualidade de Vida do idoso estão as condições sanitárias básicas, como água tratada e esgoto; condições de moradia; alimentação adequada e emprego.

Outras dificuldades encontradas pelo idoso em relação ao ambiente é a falta de espaços propícios para prática de exercícios físicos e de lazer. Existem cada vez menos espaços para sua prática e existem os problemas da violência urbana nos poucos espaços de

lazer e atividade física (praças, bosques, pistas para caminhada, etc.), tornando-os inadequados.

Os programas de exercícios físicos e de lazer realizados por instituições públicas e privadas deverão ser ampliados para que o idoso tenha a oportunidade de evitar um dos principais fatores que provocam risco a saúde, o sedentarismo, pois, as pessoas que estão mais sujeitas a risco de doenças e morte prematura são as pessoas sedentárias (NIEMAN, 1998).

A partir do próximo item discutiremos a relação entre Qualidade de Vida e idoso, na busca de melhor entendimento destas interfaces, as quais são o foco de nosso estudo.

4.2 Qualidade de Vida e Idoso

Vivenciar um processo de envelhecimento positivo passa pela satisfação pessoal com a vida atual, mantendo, ou até mesmo restaurando o bem – estar subjetivo, mesmo em uma etapa da vida que estamos sujeitos a crises de natureza social, psicológica e biológica (NERI, 1993). Sendo assim a Qualidade de Vida do idoso não corresponde somente aos aspectos biológicos do envelhecimento, como ausência de doença e competência física e cognitiva (mesmo sendo fatores essenciais para independência na vida), mas também, por inúmeros outros fatores sócio-culturais que influenciam nos aspectos subjetivos da Qualidade de Vida.

O significado de Qualidade de Vida para os idosos de acordo com Gonçalves e Vilarta (2004b, p. 31) “dependem de suas expectativas, sentimentos e objetivos delineados pela experiência vivida e pelo porvir dos limites temporais próprios da experiência humana”, além disto Qualidade de Vida para os idosos passa por fatores como ausência de doenças, envolvimento com a vida e manutenção das capacidades físicas e mentais.

Neri (1993) afirma que para envelhecer com Qualidade de Vida depende do idoso lidar com as limitações e potencialidades impostas pelo processo de envelhecimento. Esta é uma experiência heterogênea e subjetiva, na qual cada “idoso” dá significado para sua vida de acordo com normas, padrões, valores, princípios e desejos diferentes. Por exemplo, alguns idosos, mesmo com a presença de alguma doença apresentam uma boa Qualidade de

Vida, tornando os aspectos objetivos da Qualidade de Vida insuficientes para descrever a Qualidade de Vida do indivíduo.

A Qualidade de Vida do idoso está, portanto intimamente ligada ao modo de como o próprio idoso se vê no mundo e como este corpo idoso se apresenta em determinado instante.

“O corpo existe como um organismo biológico, está sempre em movimento e mudanças, integra aspectos psicossociais e existe essencialmente com uma identidade, um indivíduo” (TAVARES, 2004, p. 87). E a própria autora afirma que “o movimento de transformação de nosso corpo se reflete em novas ações no mundo”, fazendo com que a percepção que temos da nossa relação com o mundo seja diferente a cada instante, fazendo com que a Qualidade de Vida também seja percebida diferentemente por nós mesmos em tempos e espaços diferentes.

Graças a estas concepções de Qualidade de Vida que podemos afirmar que o envelhecimento não é o fim, pois o ser humano enquanto estiver com capacidade de relacionar-se com o outro e com o mundo, sempre estará apto ao favorecimento da construção da sociedade, desde que esta, atribua o devido valor ao idoso, pois estes são imprescindíveis no processo de transmissão de valores morais e culturais para formação do caráter dos mais jovens.

O estilo de vida de um ser humano influencia diretamente na saúde e conseqüentemente na Qualidade de Vida do idoso. Por estilo de vida entendemos que é o “conjunto de hábitos e comportamentos, aprendidos e adotados durante toda a vida, capazes de influenciar as condições de bem-estar e o nível de integração pessoal com meio familiar, ambiental e social” (GONÇALVES E VILARTA, 2004b, p. 46). O estilo de vida que experimentamos no decorrer da vida, pode refletir positivamente sobre os aspectos e as condições de saúde e sobre a Qualidade de Vida na velhice.

Vários hábitos e comportamentos influenciam na Qualidade de Vida do idoso, dentre estes destacamos os citados por Gonçalves e Vilarta (2004b):

- Adotar hábitos alimentares que respeitem as necessidades biológicas de regularidade de ingestão de nutrientes.
- Respeitar as necessidades específicas de nutrientes para cada etapa da vida.
- Praticar exercícios físicos apropriados à própria condição fisiológica e com regularidade.

- Controlar o estresse físico e emocional com técnicas específicas às expectativas e os objetivos de cada pessoa.
- Envolver-se em ações comunitárias estabelecendo laços de apoio e convívio familiar e social.
- Dedicar-se ao lazer não sedentário, baseado em ações que envolvam atividade esportiva, *hobbies* ou trabalho voluntário.

No entanto, para mudar hábitos durante uma etapa da vida, principalmente a do idoso, dependerá das condições pré-existentes como: o “processo educacional e cultural”, que envolve a família, a comunidade e a sociedade para adoção de hábitos saudáveis, controle do estresse e uso de drogas (tabaco e álcool); “meio social”, que disponibilize e permita a prática de exercícios físicos, do lazer ativo ou o apoio ao sistema de atenção à saúde; e a própria decisão pessoal em adotar comportamentos e hábitos saudáveis como também de capacidade de adaptação às novas condições do estilo de vida modificado em função do envelhecimento (GONÇALVES E VILARTA, 2004b).

Ao final da década de noventa do século passado a Organização Mundial de Saúde (1994) passou a usar o termo **envelhecimento ativo**, para as políticas públicas voltadas às pessoas que estão envelhecendo com objetivo de melhorar a saúde e a Qualidade de Vida. Tais políticas envolvem ações que promovem modos de viver mais saudáveis e seguros em todas as fases da vida, facilitando e favorecendo o hábito da prática de exercícios físicos no dia a dia e nas horas de lazer. Entende-se também que a profilaxia, as situações de violência (familiar e/ou urbana), o acesso à alimentos saudáveis e a diminuição do consumo tabaco e álcool promovem hábitos de viver mais saudáveis (BRASIL, 2007).

As políticas para promoção da saúde da população idosa deverão ser norteadas pelas ações específicas da Portaria 687/GM, de 30 de março de 2006 da Política Nacional de Promoção de Saúde. Tais ações envolvem:

- Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS);
- Alimentação saudável;
- Prática corporal/atividade física;
- Prevenção e controle do tabagismo;
- Redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas;
- Redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito;

- Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz;
- Promoção do desenvolvimento sustentável.

Percebemos até aqui que as condições de saúde influenciam nos sentimentos e na percepção das próprias pessoas sobre sua Qualidade de Vida e que o estilo de vida vivenciado durante a vida toda e o atual influencia na Qualidade de Vida do idoso. Os diversos aspectos devem ser considerados na avaliação da Qualidade de Vida do idoso, como estado geral de saúde, presença de patologias (doenças), diminuição e/ou deficiência dos sentidos, autonomia e dependência, condições de realizar as atividades da vida diária, independência e autonomia sobre a própria vida, estado psicológicos positivos e negativos (alegria/tristeza, ter um auto conceito positivo sobre si mesmo e gozar a vida), relação com a família (interação/abandono), condições financeira suficiente (aposentadoria), moradia, condições gerais do meio ambiente (poluição, violência), hábitos sadios como prática regular de exercícios físicos, nutrição saudável e com ausência de etilismo e tabagismo.

Diversos estudos sobre idoso (GUIMARÃES e CALDAS, 2006; MAZO, CARDOSO, AGUIAR, 2006) demonstram relação da prática dos exercícios físicos com o bem estar físico e/ou subjetivo. Sabendo disso na próxima sessão abordamos a influencia dos exercícios físicos regulares nos indivíduos envelhecendo e sobre as repercussões da prática do exercício físico perante a Qualidade de Vida dessa população.

4.3 Exercícios físicos, idoso e Qualidade de Vida

A complexidade do processo de envelhecimento e a Qualidade de Vida dos idosos urge ações emergentes para a população idosa, uma ação fundamental é a utilização do exercício físico, que pode ser usado como elemento essencial para construção positiva do significado de vida e conseqüentemente da Qualidade de Vida através da conscientização e valorização de sua diversidade para busca de atitudes em favor da vida digna e saudável, conscientizando o idoso de suas potencialidades, limitações e principalmente das possibilidades de sua corporeidade¹.

¹ Entendo a corporeidade como a forma de o homem ser-no-mundo. “O corpo é o veículo do ser-no-mundo, e ter um corpo é, para uma pessoa viva, juntar-se a um mundo definido, confundir-se com alguns projetos e engajar-se continuamente neles” (Merleau-Ponty, 1971, p.24).

Dentre os diversos fatores que afetam a saúde do idoso, a inatividade física é o que oferece risco mais importante para o surgimento de doenças crônicas, associadas a dieta inadequada e uso do fumo. Sendo esta prevalente entre a maioria dos idosos, favorecidas pelo estilo de vida moderno que propicia o gasto da maior parte do tempo livre em atividades sedentárias, como por exemplo, assistir televisão (MASUDO, 2001). E para o combate deste grande mal “sedentarismo” à saúde e Qualidade de Vida dos idosos, os programas de exercícios físicos se tornam primordiais pelos diversos benefícios vindos em virtude de sua prática.

De acordo com Gonçalves e Vilarta (2004, p. 30) “percebe-se um consenso sobre a utilização do exercício ou da atividade física orientada como importante recurso de intervenção no processo saúde-doença, em especial nas pessoas acometidas por afecções crônicas.” e diversos estudos comprovam os benefícios do exercício físico para a saúde física, mental e social do idoso, principalmente quando este é praticado de forma estruturada por profissionais da área “professor de educação física”.

Guimarães e Caldas (2006), observam que na literatura atual há consenso dos diversos benefícios promovidos pela prática regular do exercício físico para a saúde dos idosos.

A partir desta constatação inúmeras ações vindas do poder público e privado estão sendo voltadas para prática de exercícios físicos² os quais são realizadas e disponibilizadas para beneficiar a Qualidade de Vida do idoso.

Tubino (2000) ressalta que a Educação Física pode ser considerada um caminho viável e plausível no desenvolvimento de um estilo de vida capaz de desenvolver Qualidade de Vida desejável, como gerar entretenimentos saudáveis e favorecer seres integrais e convivências humanas mais saudáveis. Ou seja, praticar exercícios físicos regularmente sob orientação e supervisão do profissional da Educação Física pode levar melhorias significativas no desempenho dos idosos, bem como uma melhoria da Qualidade de Vida.

No entanto, é importante considerar que as respostas fisiológicas do corpo humano dependem de muitos fatores, como características genéticas; tipo, intensidade,

² Exercícios físicos corresponde a uma atividade física planejada, estruturada e sistematizada, efetuada com movimentos corporais repetitivos, a fim de manter ou desenvolver um ou mais componente da aptidão física; diferenciando-se de atividade física que é todo e qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética que resulta em gasto energético acima dos níveis de repouso; e aptidão física é entendida como o conjunto de características adquiridas por um indivíduo e que estão relacionadas com a capacidade de realizar atividades físicas (MAZO et al., 2006)

duração e frequência com o que o exercício é prescrito e as condições ambientais que é realizado. A melhora da aptidão física nos indivíduos mais idosos podem ser limitadas no ganho de capacidade cardiorrespiratória e de força, mas dependendo da capacidade física inicial o idoso com a prática de exercício físico adequado pode apresentar aumento significativo de performance (FOX, 1998).

Para os idosos espera-se que os exercícios físicos possam beneficiar a Qualidade de Vida no combate a debilidade e a vulnerabilidade causadas pela inatividade, abrandando os efeitos biológicos do envelhecimento, e com isso reverter os efeitos associados à síndrome do desuso, controlar os sintomas decorrentes de agravos e doenças crônicas, melhorando a saúde psicológica, para que possa aumentar a mobilidade e a funcionalidade dos sistemas corporais e para que finalmente auxilie na reabilitação de agravos agudos e crônicos (SPIRDUSO, CRONIN, 2001).

Os idosos, através do hábito diário dos exercícios físicos, ampliam suas possibilidades corporais com melhor disposição para conviver com outros seres e agir no mundo, perpassando pela saúde e a Qualidade de Vida, alcançando a dimensão existencial; com a vida ativa, desencadeando benefícios para sua autonomia, como a superação de condições enfermas, sensação de independência e de bem-estar, redução no uso de medicamentos, melhora da auto-estima, reconhecimento de sua capacidade de cuidar-se, de promover sua saúde e de prevenir ou controlar doenças, proporcionando o sentimento de satisfação com a vida (OKUMA, 2002).

Parece existir associação indireta da prática da atividade física com a adoção de hábitos saudáveis, como a eliminação do uso do tabaco, mudança positiva do comportamento alimentar, percepção de apoio da comunidade e controle do peso corporal (GONÇALVES E VILARTA, 2004a, p. 52).

Com a prática de exercícios físicos regulares o idoso amplia suas possibilidades corporais, o que favorece na disposição de convivência social ativa com os outros e de ação no mundo.

A possibilidade de uma pessoa idosa vir a ter uma vida fisicamente ativa, ser capaz de tomar suas próprias decisões, de realizar suas atividades de vida diária favorece sua auto-avaliação e sobre a sua própria imagem, propiciando uma visão positivista de corpo envelhecido, conscientizando-o como “ser idoso-corpo-no-mundo”.

O hábito do exercício favorece ao idoso entender e enfrentar as transformações biológicas, que podem proporcionar limitações físicas; psíquicas, como lidar com as perdas de pessoas próximas; e sociais, como perdas econômicas em razão da aposentadoria, perda da família, papel social e solidão.

De acordo com Okuma (1998) a prática dos exercícios físicos pelos idosos de modo ajustada, além de contribuir para aumentar a capacidade funcional, pode superar limites nas inúmeras expectativas que a vida impõe ao sujeito, nas experiências relacionadas à estética da expressão corporal, na criação de gestos e movimentos, na conquista de melhor auto-estima e no reconhecimento do próprio corpo e de sua imagem corporal. O mesmo autor ainda enfatiza que a prática do exercício pelo idoso o oportuniza ter uma vida mais ativa e satisfatória e, em decorrência disso, retardando o processo de envelhecimento.

Dentre os inúmeros benefícios que a prática de exercícios físicos promove nos idosos um dos principais, é a proteção da capacidade funcional. Capacidade funcional segundo Andreotti (1999) entende-se o desempenho para a realização das atividades da vida diária (AVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD).

As atividades de vida diária (AVD) são as relacionadas ao auto-cuidado e que, no caso de limitação de desempenho, normalmente requerem a presença de um cuidador para auxiliar a pessoa idosa a desempenhá-las (alimentar-se, banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, ir ao banheiro e manter controle sobre suas necessidades fisiológicas). Atividades instrumentais da vida diária (AIVD) são as relacionadas à participação do idoso em seu entorno social e indicam a capacidade de um indivíduo em levar uma vida independente dentro da comunidade (utilizar meios de transporte, manipular medicamentos, realizar compras, realizar tarefas domésticas leves e pesadas, utilizar o telefone, preparar refeições e cuidar das próprias finanças). (GONÇALVES E VILARTA, 2004a)

Um programa de exercícios físicos regulares pode promover mais mudanças qualitativas do que quantitativas nas atividades físicas da vida diária, como por exemplo, alteração na forma de realização do movimento, aumento na velocidade de execução da tarefa e adoção de medidas de segurança para realizar a tarefa (ANDREOTTI, 1999).

Além de beneficiar a capacidade funcional, o exercício físico promove melhora na aptidão física. Os componentes da aptidão física dos idosos sofrem um declínio que pode comprometer sua saúde. A aptidão física relacionada à saúde segundo Nahas (2001) defini-se como a capacidade de realizar as atividades do cotidiano com vigor e energia e demonstrar

menor risco de desenvolver doenças ou condições crônicas degenerativas, associadas a baixos níveis de atividade física.

Rolim (2006, p.61) citam alguns benefícios biopsicossociais vindos por meio da prática regular da atividade física:

O aumento da força muscular, o aumento do fluxo sanguíneo para os músculos, o aprimoramento da flexibilidade e amplitude dos movimentos, a diminuição da porcentagem de gordura, a melhora dos aspectos neurais, a redução dos fatores que causam quedas, a redução da resistência a insulina, a manutenção ou melhora da densidade corporal óssea, diminuindo assim, o risco de osteoporose, a melhora da postura, a redução de ocorrência de certos tipos de câncer, [...]

Os componentes da aptidão física relacionados à saúde que podem ser mais influenciados pelos exercícios físicos são a aptidão cardiorrespiratória, a força, resistência muscular e a flexibilidade, por isso, são os mais avaliados, sendo preditores da condição da saúde (MATSUDO, 2004).

A prática de exercícios físicos também promove o aumento do peso magro e diminuição do peso gordo, a diminuição de algias articulares, o aumento da densidade mineral óssea, a melhora da utilização de glicose, a melhora do perfil lipídico, o aumento da capacidade aeróbia, a melhora da força e da flexibilidade e a diminuição da resistência vascular (MATSUDO, 2004).

E, como benefícios psicossociais, encontram-se o alívio da depressão, o aumento da auto-confiança, a melhora da auto-estima (NERI, 2001a; ROLIM, 2006). Dentre outros efeitos, o exercício físico promove a melhora do humor e conseqüentemente da depressão e ansiedade (VITTA, 2000), influenciando assim certamente na avaliação subjetiva individual da Qualidade de Vida do idoso.

De acordo com Weinberg e Gould (2001) o exercício físico pode atuar no bem estar psicológico devido a:

a) Fatores fisiológicos, como aumento do fluxo sanguíneo cerebral, mudanças de neurotransmissores cerebrais (norepinefrina, endorfinas, serotonina), aumento no consumo máximo de oxigênio e liberação do oxigênio para os tecidos cerebrais, diminui na tensão muscular e provoca mudanças estruturais no cérebro;

b) Psicológicas como, no momento do exercício físico há o esquecimento dos problemas cotidianos, aumenta a sensação de controle, sentimento de competência e auto-eficácia, interações sociais positivas e melhora no auto conceito e na auto estima

Ressaltamos que o idoso que faz exercícios físicos regularmente na fase do não trabalho e/ou no tempo livre está em constante processo de aprendizagem, o que significa uma atualização permanente e uma inserção no mundo que demandam novos aprenderes num fluxo rápido e contínuo. Uma das condições que o ambiente deve oferecer para que o idoso mantenha-se atualizado é a prática regular de exercícios físicos (OKUMA, 2002).

Os exercícios físicos cumprem uma importante função não só nos aspectos biológicos do processo de envelhecimento, principalmente aqueles que são praticados em grupos que possibilitam aos idosos exercitarem sua sociabilidade. Mediante a tal fato encontramos as palavras de Simões (1994, p.85):

A atividade física interage para uma melhor função do organismo do idoso, não isoladamente, mas junto às atividades sociais, contribuindo para que as pessoas se libertem de preconceitos, percam complexos e redescubram a alegria e a espontaneidade, reintegrando-se a sociedade. Talvez o maior benefício seja o grau de independência que as pessoas fisicamente capazes revelam em sua luta pela sobrevivência do corpo-sujeito no mundo.

Dentre os benefícios sociais dos exercícios físicos destacam-se a maior integração, a socialização e a inserção em um grupo social de seus praticantes (ROLIM, 2006).

O caderno de atenção básica número 19 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) sob o título “Envelhecimento e saúde da pessoa idosa”, e estudos de Matsudo et al. (2003) e Matsudo (2009), destacam os benefícios da prática do exercício físico como seguem:

a) Efeitos metabólicos: Aumento da resistência física entre 10 e 30 por cento, do volume de sangue circulante e da ventilação pulmonar; melhora nos níveis de lipoproteínas de alta densidade (HDL) e diminuição dos níveis de triglicérides, colesterol total e lipoproteínas de baixa densidade (LDL), dos níveis de glicose; diminuição do risco de doença cardiovascular, acidente vascular cerebral tromboembólico, hipertensão, diabetes tipo 2, osteoporose, obesidade, câncer de cólon e de útero; melhora a resposta imunológica;

b) Efeitos sobre as medidas e formas corporais: manutenção ou aumento da massa muscular, força muscular e da densidade óssea; melhora da flexibilidade e do tecido conectivo.

c) Efeitos nas quedas: aumento da força muscular da musculatura postural (membros inferiores e coluna vertebral); redução do risco de quedas e lesão pela queda; melhora da velocidade de reação, sinergia motora das reações posturais, velocidade da deambulação, mobilidade e flexibilidade.

d) Efeitos cognitivos e psicossociais: diminuição do risco de depressão; diminuição do estresse, ansiedade e depressão, consumo de medicamentos e incremento na socialização; prevenção ou retardo do declínio das funções cognitivas; melhora do auto-conceito, auto estima, imagem corporal, estado de humor, tensão muscular e insônia; preservação da independência; amplia o contato social.

e) Efeito no tratamento de doenças: dor lombar, constipação, demência, insuficiência cardíaca, congestiva, síncope, acidente vascular cerebral, profilaxia de tromboembolismo venoso, de desordens de ansiedade ou que provocam dor.

f) hábitos: correlação favoráveis com redução do tabagismo e abuso de álcool e drogas.

E um dos principais efeitos do hábito do exercício físico para uma pessoa que deixa de ser sedentária é diminuição

em 40% o risco de morte por doenças cardiovasculares e, associada a uma dieta adequada, é capaz de reduzir em 58% o risco de progressão do diabetes tipo II, demonstrando que uma pequena mudança no comportamento pode provocar grande melhora na saúde e Qualidade de Vida (BRASIL, 2007, p.22).

Mas para que estes benefícios sejam alcançados pelo idoso os programas de exercícios físicos devem ser prazerosos e realizados a partir de experiências criativas que favoreçam a capacidade de minimizar situações de perdas vivenciadas no cotidiano destas pessoas (SHEPAHRD, 2003).

De modo geral o Brasil, como nos outros países, dispõe de poucos dados que evidenciam a importância do exercício físico na Qualidade de Vida de mulheres idosas (MAZO, 2003). Sendo esta uma das principais razões que motivaram nosso estudo, o qual tem o objetivo de analisar a Qualidade de Vida de mulheres praticantes e não praticantes de exercícios físicos, de programas de atendimentos para esta fase da vida, na Cidade de Uberaba-MG, para posteriori comparação com entre os grupos de praticantes e não praticantes e o referencial teórico levantado sobre envelhecimento, Qualidade de Vida e exercício físico.

No entanto, percebemos que o exercício físico pode ser um elemento potencializador da Qualidade de Vida do idoso, pois influencia em vários aspectos determinantes, independentemente da idade, sexo, *status* da atividade ou saúde dos participantes.

Spirduso e Cronin (2001) destacam algumas relações do exercício físico com os domínios da Qualidade de Vida, a saber: no “domínio físico”, capacidade cardiorrespiratória, força e resistência muscular, flexibilidade oferecem aptidão para executar as tarefas da vida diária; no “domínio cognitivo”, a melhora da concentração, da memória e da capacidade de solução de problemas; no “domínio social”, o engajamento em grupos sociais e de lazer; no “domínio bem estar emocional”, os efeitos positivos sobre a redução da depressão e da ansiedade e o aumento de afetos positivos; e no “domínio do auto conceito”, a promoção da satisfação com a vida, a percepção global de saúde e a crença na capacidade de realizar tarefas.

Existe um número muito grande de atividades que o idoso pode realizar para que obtenha os benefícios biopsicossociais advindos da prática do exercício físico. Não há um consenso, porém, entre diversos estudos sobre qual modalidade de exercício físico é a mais propícia para o idoso.

No entanto, Matsudo (2009) destaca que os exercícios devem conter elementos que: estimulem a capacidade cardiorrespiratória através de atividades aeróbias com intensidade moderada pelo menos 30 minutos diários pelo menos 3 dias por semana; de fortalecimento muscular, os quais sejam realizados em séries únicas de 10 a 15 repetições, de 8 a 10 exercícios que estimulem os grandes grupos musculares, sendo em dias alternados pelo menos 3 vezes por semana; de flexibilidade, os quais devem ser realizadas diariamente, pelo menos 10 minutos com exercícios que envolvam o maior número de grupos de músculos e tendões, sendo 3 a 4 repetições de cada movimento estático (com duração de 10 a 30 segundos para cada movimento); e de equilíbrio dinâmico e estático pelo menos 3 vezes por semana.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) recomenda que os exercícios para idosos devem conter elementos que estimulem o desenvolvimento da flexibilidade, equilíbrio e força muscular, sendo de fácil realização, de baixo impacto e de ocorrência em intensidade moderada, pelos menos 3 vezes por semana com sessões de no mínimo 30 minutos. Os exercícios físicos precisam oferecer ao idoso o prazer em estar realizando esta ou aquela atividade; estar de acordo com as necessidades físicas, respeitando suas características sociais, psicológicas e físicas.

Gonçalves e Vilarta (2004a) apontam vários aspectos a serem considerados para estabelecimentos de programas de exercícios físicos para idosos:

- Avaliação da intensidade do exercício e problemática em idosos com idade mais avançada, pois as altas intensidades podem ser associadas a riscos à saúde e dor.
- Avaliações precisas de rendimento e força em idosos mostram dificuldades, devido a problemas como presenças de câimbra muscular, afinamento do tecido subcutâneo dos dedos e sola dos pés e neuropatias periféricas.
- A energia despendida em exercícios físicos pode ser muito mais elevada em idosos usuários de andadores, cadeiras de rodas, ou que apresentem deformidades articulares, distúrbios da marcha ou do equilíbrio corporal.
- A prática regular de exercícios físicos é benéfica, mesmo que não eleve os limiares de parâmetros cardiorrespiratórios. Outras práticas como o Yoga, melhoram significadamente o humor, a dor, a rigidez e a fadiga.

Os exercícios físicos quando praticados de forma harmônica desperta a função social da comunicação, da cooperação, da tolerância, da convivência, do diálogo, da aproximação e da integração entre as pessoas. “Quando da festa que ele substância jorra um hino de exaltação e glorificação da existência” (BENTO, 1991, p. 53).

Concluimos este item com as palavras de Matsudo (2009, p. 78),

A atividade física regular tem um papel fundamental na prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis, melhor mobilidade, capacidade funcional e qualidade de vida durante o envelhecimento. É importante enfatizar, que tão importante quanto estimular a prática regular da atividade física aeróbica, de fortalecimento muscular, do equilíbrio, as mudanças para a adoção de um estilo de vida ativo são parte fundamental de um envelhecer com saúde e qualidade.

Apesar de existir um número imenso de modalidades as quais os idosos podem realizar para serem beneficiados na sua qualidade de vida, no próximo item abordaremos sobre as modalidades de exercícios físicos praticadas pelas frequentadoras da UAI e do projeto Ginástica Orientada da cidade de Uberaba-Mg para subsidiar a pesquisa de campo sobre os possíveis benefícios positivos observados pela avaliação subjetiva da Qualidade de Vida observada pelos idosos.

4.3.1 Modalidades de Exercícios Físicos e Seus Benefícios Para o Idoso:

Os **exercícios de resistência ou treinamento da força muscular**, “a musculação”, além de contribuir na diminuição da incidência de quedas, incrementa a

densidade óssea. Esse tipo de atividade pode ser concomitante às atividades aeróbicas ou ocorrer em dias intercalados. O treinamento deve ser dirigido aos grandes grupos musculares e realizado lentamente. A principal recomendação na realização desses exercícios é a de manter a respiração constante enquanto executa o exercício, evitando a manobra de Valsalva, que representa o aumento da pressão arterial em função da execução de um exercício de força com a respiração presa. Os exercícios de força são indicados para minimizar ou reverter sarcopenia e osteoporose, portanto, são atividades essenciais na manutenção da independência e da capacidade funcional do idoso. (BRASIL, 2007).

Segundo Vaisberg, Rosa e Melo (2005) o treinamento de força age na diminuição das dores provocadas pela artrite e aumento da massa muscular

Santos e Pereira (2006), em estudo analisando a marcha entre idosas praticantes de musculação e hidroginástica e idosas sedentárias, verificaram que a musculação e a hidroginástica são atividades eficazes na promoção da melhora da qualidade da marcha em pessoas idosas.

Fleck e Kraemer (2006) acrescenta que o treinamento de força, mesmo que iniciado após aos 65 anos pode contribuir para uma vida mais longa e com melhor Qualidade de Vida para o idoso. Outros autores como Westcott e Beachle (2001, p.05) afirmam que: “Embora outros fatores, como os genéticos, hormonais e nutricionais, desempenham papéis importantes na saúde óssea, o treinamento de força é uma atividade que desenvolve um sistema musculoesquelético mais forte e ajuda os ossos a resistirem à deterioração”.

Outros estudos realizados na verificação dos efeitos de programas de exercícios físicos com treinamentos com pesos (musculação) em mulheres idosas comprovam o aumento significativo na força e na resistência muscular (RHODES et al., 2000; PEREIRA et al., 2003), bem como na resistência cardiorrespiratória (PEREIRA et al., 2003).

Em análise de várias outras investigações, Jovine et al. (2006) através de revisão bibliográfica avaliou os efeitos da prática de exercícios físicos utilizando de pesos (musculação) em idosas e concluiu que há positiva ação sobre o aumento e/ou manutenção da densidade mineral óssea e força muscular, proporcionando diminuição de risco à osteoporose e às quedas acompanhadas de fraturas em idosas.

A hidroginástica é a atividade que apresenta uma das principais alternativas de prática de exercícios físicos indicadas para idosos para manutenção e/ou melhora da Qualidade de Vida. Sendo estes os mais procurados por idosas nos programas realizados pelos locais do nosso estudo.

Gubiani et al. (2001) realizaram pesquisa com 62 mulheres idosas sobre os efeitos da hidroginástica sobre as questões antropométricas, das quais 50 idosas foram do grupo experimental e 12 mulheres do grupo controle. Ao final do estudo chegaram a conclusão de que o grupo experimental, o qual realizou, durante 32 semanas, sessões de 45 minutos de hidroginástica teve diminuição da massa corporal e nos perímetros de cintura, quadril, coxa e panturrilha, além da diminuição da massa corporal gorda.

Takeshima et al. (2002) pesquisou os efeitos dos exercícios na água em um grupo de mulheres idosas em 12 semanas, sendo 3 sessões semanais com duração de 70 minutos cada. Ao final da investigação verificaram que houve melhora na força muscular, composição corporal, agilidade, flexibilidade e capacidade cardiorrespiratória.

Alves et al. (2004) em seus estudos sobre os efeitos de um programa de hidroginástica na força e resistência de membros superiores e inferiores, velocidade, agilidade e equilíbrio em mulheres idosas conclui que há efetividade em todas as aptidões avaliadas e que conseqüentemente na saúde de mulheres idosas. Uma pesquisa realizada por Devereux, Robertson e Briffa (2005) a respeito dos efeitos dos exercícios de hidroginástica sobre o autocontrole no equilíbrio, no medo de cair e na Qualidade de Vida de idosas acima de 65 anos com diagnóstico de doenças ósseas, constatou ao final que a hidroginástica proporcionou mudanças favoráveis no equilíbrio e na Qualidade de Vida dessas.

Outros estudos também comprovam a efetividade de programas de hidroginástica como prática regular de exercícios físicos para a saúde e Qualidade de Vida de idosas, como benefícios para auto-imagem e auto-estima (MAZO; CARDOSO.; AGUIAR., 2006), para prevenção de doenças e manutenção e independência da pessoa idosa (MAZO et al., 2006), para aumento da densidade mineral óssea (BALSAMO et al., 2006), para autonomia (RESENDE; RASSI; VIANA, 2008). Enfim a hidroginástica promove significativa melhora na saúde e conseqüentemente na Qualidade de Vida de mulheres idosas.

A **dança** é uma ótima opção de exercícios físicos para o idoso, comprovada por diversos pesquisadores. Ela é uma atividade que tem grande aceitação por parte dos idosos que a praticam, proporcionando diversão e descontração e resgatando a alegria de estar vivo e de “ser no mundo”.

Veras (2003) cita que a dança traz a auto-expressão, comunicação, diversão e prazer, espiritualidade, identificação cultural, ruptura e revitalização da sociedade, tem forte caráter sociabilizador e motivador. Seja em par ou sozinho, seja velho ou criança, seja homem

ou mulher sendo uma prática para toda a vida, a dança desperta sentimentos e desenvolve capacidades anteriormente inimagináveis.

A dança proporciona aos idosos melhora da auto-estima, aumento do componente lúdico, novos laços afetivos “amizades” através de momentos novos, alegres e prazerosos. O idoso tem a oportunidade de demonstrar sua sensualidade e de extravasar suas emoções e sentimentos, sejam eles positivos e/ou negativos (BRASIL, 2003).

A dança desenvolve também a flexibilidade. Utilizam-se exercícios estáticos de alongamento, com o objetivo de aumentar a amplitude dos movimentos, trazendo como benefícios uma boa mobilidade articular; o aumento da resistência à lesão e a dores musculares; a diminuição do risco de lombalgia e outras dores na coluna; a melhora da postura e da aparência pessoal e da auto-imagem (DIOGO; NERI; CACHIONI, 2006).

Moreira (2001a) afirma que a dança é a mais completa de todas as atividades físicas para os idosos, pois proporciona a manutenção e/ou a melhora da força muscular, a sustentação e o equilíbrio corporal, o aumento da potência aeróbica, o aumento da amplitude dos movimentos corporais, criando novos hábitos para um estilo de vida saudável.

A dança também permite que o idoso experimente seus limites e potencialidades, através de seu corpo pois o ato de exercitar a motricidade está naturalmente associado a fatores dos domínios cognitivo, afetivo e psicomotor.

Segundo Peto (2000) a dança pode ser utilizada como um processo terapêutico para eliminar preconceitos, vivenciar o envelhecimento de forma consciente, vivenciar sua nova identidade como uma fase do ciclo vital, fazer o idoso viver mais intensamente possível dentro de suas possibilidades e limitações biológicas, obtendo saúde e prazer praticando atividade física.

Diversos estudos verificam os benefícios da dança praticadas de forma regular por mais de 2 vezes por semana sobre a melhora do estado funcional e do bem estar biopsicossocial (TODARO, 2001; LEAL, HASS, 2006), equilíbrio e agilidade na locomoção e diminuição do risco de quedas (SHIGEMATSU et al., 2002).

Em síntese, a dança proporciona aos idosos a expressão de emoções, estar bem com o estado de espírito, ao mesmo tempo em que estimula o movimento e o auto conhecimento dos praticantes, sendo assim, uma atividade que proporciona, o estímulo para melhora da Qualidade de Vida.

Diversos outros autores apresentam estudos sobre os benefícios das atividades combinadas (caminhadas, exercícios de alongamento e fortalecimento muscular, etc.) para

melhora da Qualidade de Vida de mulheres idosas com doenças crônicas degenerativas como a osteoporose (AVEIRO et al., 2004), pois exercícios combinados somam benefícios que se complementam para manutenção e/ou melhora da Qualidade de Vida do idoso.

Dentre os vários estudos apresentados anteriormente, houve consenso acerca dos benefícios dos exercícios físicos para manutenção e independência física do idoso, promovendo à saúde biopsicossocial, bem como na atuação da profilaxia e tratamento de doenças comuns ao processo de envelhecimento como doenças cardiovasculares, doenças pulmonares, diabetes e artrites.

Para que os benefícios dos exercícios físicos alcancem a melhora da Qualidade de Vida do idoso há necessidade de que sejam praticados de forma regular e que tenham intensidade, volume e a frequência suficiente para estimular à saúde do idoso.

Chegando ao final de nossa revisão bibliográfica, em que apresentamos um referencial vasto sobre as interfaces do processo de envelhecimento, da Qualidade de Vida e da influência dos programas de exercícios físicos sobre a Qualidade de Vida dos idosos para que nos possibilite apresentar no próximo capítulo subsídios à pesquisa de campo realizada em mulheres idosas frequentadoras da Unidade de Atenção ao Idoso de Uberaba e dos programas de exercício físico realizados pela Secretaria Municipal de Esporte de Uberaba.

5 METODOLOGIA

Os caminhos desta investigação foram realizados por uma pesquisa bibliográfica para construção do referencial teórico, que está na primeira parte deste estudo, seguida de uma pesquisa de campo, sendo que esta tem a seguinte estrutura.

5.1 Tipo de estudo

O estudo é do tipo qualitativo que, segundo Deslandes; Assis (2002, p. 197), tem “[...] a pretensão de trabalhar com o significado atribuído pelos sujeitos as interpretações e fatos, relações, práticas e fenômenos sociais: interpretar tanto as interpretações e práticas quanto as interpretações das práticas”.

5.2 Local da pesquisa

A investigação foi realizada na Unidade de Atenção ao Idoso (UAI) ,da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e do projeto “Ginástica Orientada” da Secretaria Municipal de Esporte e Lazer em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba, Minas Gerais.

A UAI e o projeto Ginástica Orientada foram escolhidos por representarem os órgãos públicos com mais cadastros de pessoas em grupos de convivência de Uberaba, sendo cinco mil cadastros no UAI e setecentos no projeto Ginástica Orientada.

A Unidade de Atenção ao Idoso (UAI) é mantida pela Prefeitura Municipal de Uberaba por meio da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. A Instituição tem 12 anos de existência e com sede própria desde setembro de 2005, com área ampla com 2 salões para festas e jogos de bilhar, 2 salas para aulas de dança, sala para fisioterapia, sala de terapia ocupacional, sala para psicologia, sala da administração, sala de apoio pedagógico, sala assistência social, 2 salas de artes manuais, sala de musculação, piscina aquecida para aulas de hidroginástica e natação adaptada para 3ª idade e sala de musculação,.

A UAI oferece atividades e/ou atendimentos de segunda a sexta feira para idosos acima de 55 anos nas áreas de: Psicologia; Fisioterapia; Terapia Ocupacional, trabalhos

manuais (pintura em tela e tecido; bordados; tear; reciclagem em papelão; vasos), alfabetização; coral; bateria; jogos de cartas e sinuca; e bailes às sextas à tarde.

A UAI oferece atividades físicas de segunda a sexta feira realizadas por professores de Educação Física de: hidroginástica; natação; alongamento; ginástica; musculação; dança de salão; dança *country* e “catira”. O acesso das pessoas acima de 55 anos é gratuito, sendo a única exigência documentos descritos no folheto da instituição em anexo “C” (Folheto da UAI com as principais informações sobre a instituição: endereço, telefone, atividades oferecidas e documentos necessários para fazer cadastro).

Todas as atividades são realizadas de segunda a sexta, com exceção do baile que é realizado na tarde de sexta feira (13 às 17h.), quando todas as outras atividades são paralisadas..

A duração média de cada atividade de exercícios físicos é de 50 minutos e as demais atividades são orientadas de acordo com a especificidade do tipo de atividade

O projeto “Ginástica Orientada” da Secretaria Municipal de Esporte e Lazer em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, funciona desde 2003, atualmente atende em 17 núcleos, distribuídos em associações de bairros, postos de saúde e praças da cidade de Uberaba.

O projeto “Ginástica Orientada” oferece programas de exercícios físicos supervisionados por profissionais de Educação Física da Secretaria de Esporte e Lazer e acompanhamento da pressão arterial pelos agentes do Programa Saúde da Família (PSF) no período da manhã , de 2 a 3 vezes por semana. São atendidas, semanalmente, 700 pessoas, sendo na grande parte mulheres idosas.

Os exercícios físicos realizados pelos professores de educação física do projeto Ginástica Orientada são: alongamentos, caminhadas, ginástica geral e com equipamentos específicos (bastões, bolas, cordas, aros e pesos livres). A duração de cada aula (sessão) é de 35 a 50 minutos.

Para participar das atividades do projeto ginástica orientada basta que qualquer pessoa com idade superior a 14 anos apresente atestado médico para prática de exercícios, documentos pessoais (identidade) e comprovante de endereço ao núcleo que contém o projeto no dia e horário pré-determinado.

5.3 Sujeitos da pesquisa

A população deste estudo foi constituída por mulheres, com idade mínima de 60 anos cadastradas na Unidade de Atenção ao Idoso “UAI” da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e no projeto Ginástica Orientada das Secretarias Municipais de Esporte e Saúde de Uberaba.

Os seguintes critérios de exclusão foram adotados:

- a) Não estar presente no dia da visita do pesquisador ao grupo;
- b) Se recusar a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (APÊNDICE A).
- c) Não ser do sexo feminino com idade acima de 60 anos.

Escolhemos estudar o gênero feminino, porque a feminização da velhice se faz presente na sociedade e também porque é maioria no lócus da pesquisa. Segundo Mazo (2003) não existem muitos estudos que tratam da relação da qualidade de vida no processo de envelhecimento, principalmente quanto ao gênero feminino.

No período da visitação do pesquisador a UAI atendia 2.055 idosas (mulheres acima de 60 anos) e o Projeto Ginástica Orientada 265 (mulheres acima de 60 anos), totalizando uma população de 2.320 idosas.

Para este estudo, o total de idosas as quais concordaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) foi de 20% das idosas cadastradas, totalizando 464 idosas, as quais foram selecionadas aleatoriamente, sendo que concordaram em participar do estudo 232 idosas praticantes de exercícios físicos e 232 não praticantes de exercícios físicos.

5.4 Instrumentos da pesquisa

Para realizar a investigação utilizamos dois instrumentos: um questionário para identificação de dados pessoais com questões complementares (apêndice B) e o protocolo de Qualidade de Vida denominado *WHOQOL bref* (anexo A).

O *WHOQOL bref* foi escolhido como instrumento por trabalhar com os aspectos subjetivos da Qualidade de Vida em quatro domínios, físico, psicológico, social e meio-ambiente, o qual leva em consideração como o indivíduo se avalia mediante de alguns

aspectos de sua vida, onde supostamente o exercício físico pode atuar (FLECK et al., 1999). Este instrumento foi validado no Brasil por Fleck et al. (1999).

O questionário do *WHOQOL bref* pode ser “[...] respondido independentemente do nível de escolaridade formal do entrevistado e, em geral, não demanda muito tempo, permitindo que o investigador inclua outras medidas de interesse junto com a Qualidade de Vida” (CHACHAMOVICH, FLECK, 2008 p. 81) por ser de curta extensão e aplicável a uma larga variedade de populações.

O *WHOQOL bref* é um instrumento da Organização Mundial de Saúde para avaliação subjetiva da Qualidade de Vida transcultural, traduzido para o português por Fleck (2000), contendo 26 questões, sendo duas questões de âmbito geral e as outras 24 questões que representam cada uma das 24 facetas do *WHOQOL-100* (WHOQOL GROUP, 1998).

Abaixo relatamos os domínios do *WHOQOL bref* com suas facetas:

I - Domínio Físico: (1) dor e desconforto; (2) energia e fadiga; (3) sono e repouso.

II - Domínio Psicológico: (4) sentimentos positivos; (5) pensar, aprender, memória e concentração; (6) auto-estima; (7) imagem corporal e aparência; (8) sentimentos negativos.

III - Domínio Nível de independência: (9) mobilidade; atividade da vida cotidiana; (11) dependência de medicação ou de tratamentos; (12) capacidade de trabalho

IV - Domínio Relações sociais: (13) relações pessoais; (14) suporte (apoio) social; (15) atividade sexual

V - Domínio -Ambiente: (16) segurança física e proteção; (17) ambiente no lar; (18) recursos financeiros; (19) cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; (20) oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; (21) participação em, e oportunidades de lazer; (22) ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima; (23) transporte

VI - Domínio Aspectos espirituais/ Religião/ Crenças pessoais: (24) Espiritualidade/religião/ crenças pessoais .

Tanto os domínios quanto à qualidade de vida geral, são medidos em direção a uma escala positiva, sendo quanto maior a pontuação positiva, maior é a Qualidade de Vida.

As respostas para todas as questões do *WHOQOL bref* são obtidas através de uma escala de 5 pontos, a qual pode variar de 01 a 05 pontos, além das duas questões sobre a qualidade de vida geral calculadas em conjunto para gerar uma única pontuação independente da pontuação dos domínios, denominada Qualidade e Vida Geral.

Cada domínio deverá ser analisado individualmente, pois segundo Fleck et al. (1999), seria incoerente somar as pontuações de domínios que dizem respeito a variáveis distintas com exceção da questão 1 (como você avaliaria sua qualidade de vida?) e da 2 (satisfação com a saúde) de âmbito geral.

Seguindo as orientações do *WHOQOL group* seguimos os passos abaixo para calcular os pontos dos domínios do *WHOQOL* abreviado a partir dos dados coletados (em anexo B os passos para para sintaxe e tratamento estatístico dos quatro domínios e geral do *WHOQOL bref* no programa SPSS):

- a) Verificar se as 26 questões estão com os valores entre 1 e 5.
- b) Recodificar as questões 3, 4, 26 que são de carácter negativo na escala passando para carácter positivo sendo: 1= 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1
- c) Os pontos dos domínios são calculados de acordo com as seguintes médias:
 - Domínio Físico = média 6 (questões 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18) x 4.
 - Domínio Psicológico = média 5 (questões 5, 6, 7, 11, 19, 26) x 4.
 - Domínio Social: média 2 (questões 20, 21, 22) x 4.
 - Domínio Meio ambiente: média 6 (8 , 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25) x 4.

Todas as médias são multiplicadas por 4 no passo “C”, pois cada questão está relacionada à ma faceta do *WHOQOL 100*. O **valor média** indica o número mínimo de questões que devem estar respondidas em um questionário para que ele seja válido para o cálculo do domínio.

d) Transformar os pontos de cada domínio em escalas de 0 a 100 (em percentagem):

- Domínio físico = (domínio físico – 4) x (100/16)
- Domínio psicológico = (domínio psicológico – 4) x (100/16)
- Domínio Social = (domínio social – 4) x (100/16)
- Domínio Meio ambiente = (domínio meio ambiente - 4) x (100/16)

Também optamos por um questionário de dados pessoais e questões complementares que indaga sobre os seguintes itens e questões:

- (1) dados pessoais;
- (2) Estado civil;

- (3) Residência;
- (4) Escolaridade;
- (5) Aposentadoria;
- (6) Profissão;
- (7) Renda;
- (8) Condições de saúde;
- (9) Autonomia
- (10) Cadastrado em qual das unidades e/ou serviços municipais;
- (11) e (12) Participação em programas de exercício físico;
- (13) Relação exercício físico e Qualidade de vida;
- (14) participação em programas de lazer e/ou terapêutica.

Optamos por adicionar as questões 11, 12 e 13 no questionário de dados pessoais e de questões complementares que indaga sobre a prática dos exercícios físicos e sobre a percepção de mudança da Qualidade de Vida em função da prática regular do exercício físico, por verificar a necessidade de fazer perguntas diretas sobre o item, pois no questionário do *WHOQOL bref* não há nenhuma questão direta sobre exercícios físicos e sua relação com a Qualidade de Vida.

O tratamento estatístico empregou ferramentas de informática tais como planilha eletrônica Excel e o pacote estatístico *Statiscal Package for the Social Science (SPSS)*, versão 10.0.

A análise estatística dos dados foi realizada utilizando-se os procedimentos da estatística descritiva (média, desvio-padrão, mediana, distribuição de frequência absoluta e relativa).

5.5 Procedimentos metodológicos para coleta de dados

Para a coleta dos dados, o pesquisador realizou os seguintes passos:

a) Agendamento do dia 01 de junho de 2009, das 8:00 às 11:00 e das 13:00 às 17:00 na Unidade de Atenção ao Idoso de Uberaba (UAI) e do dia 08 a 12 de junho nos núcleos de Ginástica Orientada para visitação das atividades junto aos respons aveis pelos programas.

b) No dias da visitação apresentamos a proposta e a metodologia do estudo e convidamos os idosos para apresentação da pesquisa; e para os idosos que se dispuseram a participar de maneira espontânea e voluntária do estudo entregamos os questionários e esclarecemos que estes deveriam ser devolvidos aos responsáveis pelos locais do estudo ou devolvidos diretamente ao pesquisador após duas semanas. .

c) Após duas semanas da entrega dos instrumentos, retomamos a Unidade de Atenção ao Idoso e aos núcleos do projeto Ginástica Orientada para recolhimento dos questionários, no entanto, poucos instrumentos foram retornados pelos próprios idosos ao pesquisador (devidamente com termo de consentimento livre esclarecido assinados) ou/aos responsáveis pelos locais da pesquisa (UAI e os núcleos do projeto Ginástica Orientada).

d) Em função desta situação mudamos os procedimentos para aplicação dos instrumentos de pesquisa, passamos a entregar os questionários para as idosas nos locais da pesquisa e pedir que estas respondessem naquele exato momento. Esta ação na pesquisa foi possível devido ao grande número de mulheres idosas estarem no local do estudo com parte do tempo livre, seja para espera de outra atividade ou pelo prazer de permanecer no local, para relação social.

e) Esclarecemos que nenhum questionário foi enviado pelo correio ou a entrevista feita por telefone. Com todas as idosas foi feito contato pessoal pelo pesquisador ou por alguns monitores, que levaram os instrumentos da pesquisa aos idosos em suas casas (principalmente para os idosos não praticantes de exercícios físicos) e/ou nos locais da pesquisa. Tais monitores foram devidamente treinados pelo pesquisador para aplicação dos instrumentos de pesquisa seguindo o protocolo de Fleck et al. (1999), para que não houvesse qualquer interferência na execução das respostas sobre a Qualidade de Vida..

f) A coleta de dados foi realizada do dia 01 de junho a 30 de agosto de 2009 na Unidade de Atenção ao Idoso de Uberaba e nos núcleos do projeto Ginástica Orientada, sem nenhum risco para a população pesquisada, pois se tratou de uma pesquisa com caráter descritivo e a identificação dos sujeitos será mantida em sigilo.

As despesas necessárias para a pesquisa foram todas assumidas pelo pesquisador.

Este trabalho foi de acordo com as normas do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unimep, sob o protocolo 39/08 (APENDICE C)

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão estão apresentados na forma sequencial para melhor ordenação didática na seguinte ordem:

1. Características sócio-demográficas
2. Condições de saúde das idosas participantes do estudo
3. Participação nos exercícios físicos e atividades de lazer.
4. Comparação dos resultados dos domínios da Qualidade de Vida entre as idosas praticantes ou não de exercícios físicos.
5. Associação da prática dos exercícios físicos (frequência, quantidade e número de modalidades praticadas) e os domínios da qualidade de vida.

6.1 Características sócio-demográficas

Após a análise dos dados obtidos por meio da aplicação do questionário de dados pessoais (apêndice B) em 464, mulheres idosas cadastradas na UAI e no projeto Ginástica Orientada, dividimos a amostra em dois grupos, um de mulheres idosas não praticantes de exercícios físicos (232 idosas) que denominamos INPRAE e outro de mulheres idosas praticantes de exercícios físicos (232 idosas) que denominamos IPRAE. A classificação foi realizada a partir da resposta da questão número 11 do questionário de dados pessoais (apêndice B), que indagava sobre a participação ou não em programas de exercícios físicos.

Tabela 1 - Distribuição da amostra de INPRAE E IPRAE por idade

| | INPRAE | IPRAE |
|---------------|------------|------------|
| Total idosos | 232 | 232 |
| Média | 68,54 anos | 68,16 anos |
| Mediana | 67,50 | 67,50 |
| Moda | 61 | 60 |
| Desvio Padrão | 7,21 | 6,10 |
| Range | 32 | 27 |
| Mínimo | 60 | 60 |
| Máximo | 92 | 87 |

INPRAE: mulheres idosas não praticantes de exercícios físicos; IPRAE= mulheres idosas praticantes de exercícios físicos.

A tabela 1 demonstra a distribuição da amostra de INPRAE e IPRAE, a qual apresenta faixa etária de 60 a 92 anos, com média de idade de 68 anos, e com range de 32 anos para as INPRAE e de 27 anos para as IPRAE.

O gráfico 3 apresenta a divisão da amostra do estudo em 3 faixas etárias as quais dividimos as INPRAE e IPRAE, sendo a primeira de 60 a 69 anos, que correspondem a 61,20% de INPRAE e 62,94% das IPRAE e na faixa etária de 70 a 79 anos de 30,61% de INPRAE e de 33,18% de IPRAE, dados semelhantes aos apresentados para a população total de idosos no município de Uberaba pelo IBGE (2006) nestas faixa etárias, sendo de 57,4% (60 a 69 anos) e de 30,1% (70 a 79 anos).

Na faixa etária de 80 ou mais, os dados do IBGE de 12,6% ficaram acima de nosso estudo o qual teve participação de 8,19% de INPRAE e 3,88% de IPRAE. Supõe-se que esta última faixa etária teve menor participação na pesquisa devido ao fato de terem menor participação nas atividades realizadas pela Unidade de Atenção ao Idoso e pelo Projeto Ginástica Orientada. Dados preocupantes, pois verificamos que o município de Uberaba está vivendo o fenômeno de longevidade, havendo, assim necessidade de ações que favoreçam o hábito dos exercícios físicos e de lazer ativo para esta faixa etária.

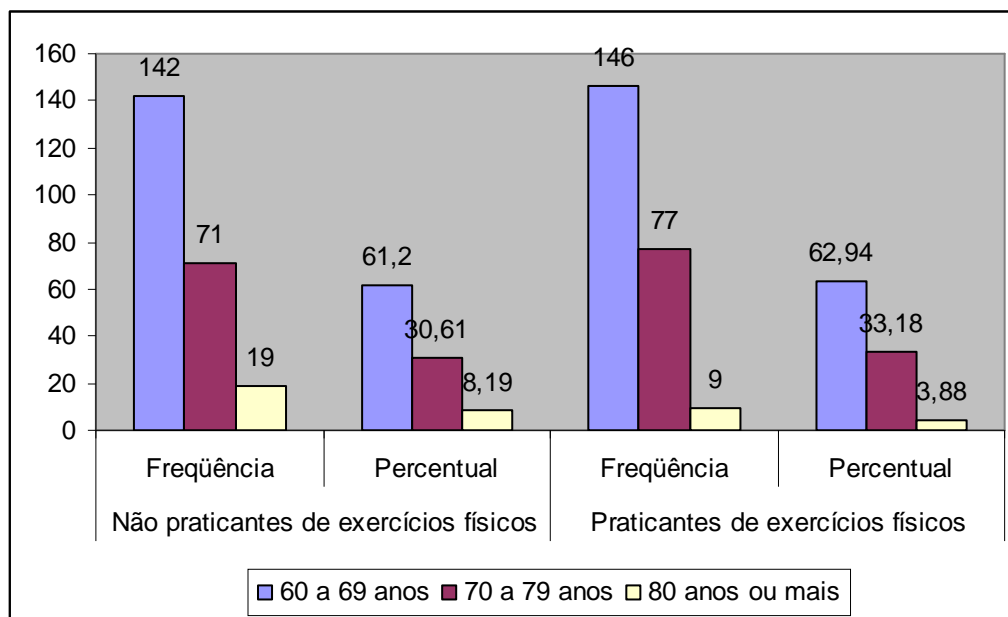


Gráfico 3 – Distribuição da população amostra de INPRAE e IPRAE de acordo com as faixas etárias

A tabela 2 mostra a frequência por estado civil para as INPRAE e IPRAE. Observa-se a predominância de viúvas (46, 98% INPRAE; 41,81% IPRAE), em seguida de

casadas (34,06%, INPRAE; 31,03% IPRAE), solteiras (9,91% INPRAE; 10,78% IPRAE) e divorciadas (9,05% INPRAE; 16,38% IPRAE).

Tabela 2 – Distribuição percentual da população amostra de INPRAE e IPRAE por estado civil

| | INPRAE | | IPRAE | |
|------------|------------|------------|------------|------------|
| | Frequência | Percentual | Frequência | Percentual |
| Casada | 79 | 34,06 | 72 | 31,03 |
| Divorciada | 21 | 9,05 | 38 | 16,38 |
| Solteira | 23 | 9,91 | 25 | 10,78 |
| Viúva | 109 | 46,98 | 97 | 41,81 |
| Total | 232 | 100,00 | 232 | 100,00 |

INPRAE= mulheres idosas não praticantes de exercícios físicos; IPRAE= mulheres idosas praticantes de exercícios físicos.

Os dados percentuais da viuvez desta pesquisa são parecidos aos do senso demográfico da população brasileira (IBGE, 2002) para pessoas com 60 anos ou mais que são viúvos (40,8%).

Quanto à moradia (tabela 3), os maiores percentuais foram para os idosos que moram com esposo/companheiros (34,92% INPRAE e 31,46%), logo em seguida com filhos (29,31% INPRAE, 28,44% IPRAE) o que indica uma maior presença do apoio familiar. De acordo com o estatuto do idoso (BRASIL, 2003) a permanência dos idosos em seus núcleos familiares contribui para o seu bem-estar biopsicossocial (MORAGAS, 2004; DEBERT, 2004; PEREIRA, 2006; DIOGO, NERI e CACHIONI, 2006).

Quanto à distribuição do percentual de INPRAE E IPRAE que moram sozinhas os dados da tabela 3 revelam que 26,3% de INPRAE e 33,19% de IPRAE moram sozinhas. Segundo Camargos, Machado e Rodrigues (2007), fatores como aumento de divórcios, as mudanças de estilo de vida, a redução do número de filhos, a melhora nas condições de saúde da população idosa e a maior longevidade proporcionam ao idoso morar sozinho.

A prática regular do exercício físico contribui para mudança do estilo de vida e para a autonomia das idosas, podendo assim ser um fator a mais que facilita morar sozinho, justificando assim a percentagem mais elevada do grupo de IPRAE morando sozinhos do que o grupo de INPRAE.

Tabela 3 – Distribuição percentual das INPRAE e IPRAE por moradia.

| Moradia | INPRAE) | | IPRAE | |
|------------------------|------------|------------|------------|------------|
| | Frequência | Percentual | Frequência | Percentual |
| Companheiro /esposo | 53 | 22,84 | 52 | 22,41 |
| Companheiro e filho(s) | 28 | 12,08 | 21 | 9,05 |
| Filho(s) | 68 | 29,31 | 66 | 28,44 |
| Irmão (s) | 06 | 2,59 | 06 | 2,59 |
| Mãe | 03 | 1,29 | 02 | 0,86 |
| Neto(s) | 13 | 5,60 | 08 | 3,45 |
| Sozinho | 61 | 26,30 | 77 | 33,19 |
| Total | 232 | 100,00 | 232 | 100,00 |

INPRAE= mulheres idosas não praticantes de exercícios físicos; IPRAE= mulheres idosas praticantes de exercícios físicos.

A escolaridade da amostra está distribuída na tabela 4, a qual demonstra que 10,77% das INPRAE e que 3,01% IPRAE não sabem ler, percentuais bem abaixo dos 34,3% para o Estado de Minas Gerais e de 33,5% para o Brasil (IBGE, 2006). Estes dados podem ser explicados pelas oportunidades que as idosas, que compõe a amostra, têm de participar dos programas de alfabetização que são realizados pela UAI.

Tabela 4 – Distribuição percentual das INPRAE e IPRAE por escolaridade

| Escolaridade | INPRAE | | IPRAE | |
|---------------------|------------|------------|------------|------------|
| | Frequência | Percentual | Frequência | Percentual |
| Não sabem ler | 25 | 10,77 | 7 | 3,01 |
| Primário incompleto | 81 | 34,91 | 91 | 39,22 |
| Primário completo | 46 | 19,82 | 47 | 20,26 |
| Ginásio incompleto | 29 | 12,5 | 21 | 9,05 |
| Ginásio completo | 19 | 3,88 | 16 | 6,90 |
| Colegial incompleto | 6 | 2,59 | 8 | 3,45 |
| Colegial completo | 13 | 5,60 | 18 | 7,76 |
| Superior incompleto | 2 | 0,86 | 2 | 0,86 |
| Superior completo | 11 | 4,74 | 21 | 9,05 |
| Total | 232 | 100,00 | 232 | 100,00 |

INPRAE= mulheres idosas não praticantes de exercícios físicos; IPRAE= mulheres idosas praticantes de exercícios físicos.

Diante à aposentadoria (gráfico 4) das 232 de cada grupo do estudo, 68, 10% de INPRAE e 70,26% de IPRAE são aposentadas. Os dados estão de acordo com o IBGE (2002) que apontam que dois terços da população idosa é aposentada.

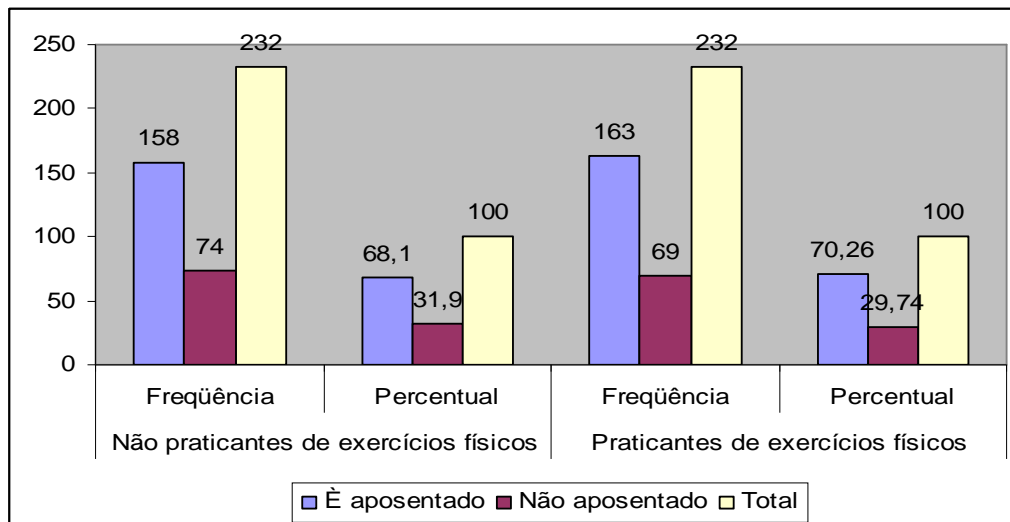


Gráfico 4 – Distribuição da amostra INPRAE E IPRAE por aposentadoria.

A aposentadoria para as mulheres é muito importante, devido ao fato de muitas viverem sozinhas por já terem perdido seus companheiros, “viúvas”, e por grande parte destas mulheres ajudarem no orçamento familiar (PEREIRA, 2006).

Quanto à profissão, dados na tabela 5, as participantes do estudo, tanto as INPRAE quanto as IPRAE, na sua maioria exerceram e/ou exercem atuação como domésticas e em segundo lugar no “lar”. Supõe-se que o nível de escolaridade baixo e pouco preparo profissional sejam responsáveis pela atuação destas, nestes ambientes de trabalho.

Tabela 5 – Distribuição das INPRAE E IPRAE quanto a profissão que exercem e/ou exerceram

| Profissão | INPRAE | | IPRAE | |
|---------------------|------------|------------|------------|------------|
| | Frequência | Percentual | Frequência | Percentual |
| Lar | 52 | 22,41 | 57 | 24,57 |
| Comerciantes | 18 | 07,76 | 10 | 4,31 |
| Costureira | 15 | 06,46 | 24 | 10,34 |
| Domestica | 84 | 36,20 | 56 | 24,14 |
| Enfermeira | 5 | 2,15 | 5 | 2,15 |
| Funcionaria publica | 5 | 2,15 | 10 | 4,31 |
| Cozinheira | 5 | 2,15 | 5 | 2,15 |
| Professora | 15 | 6,47 | 22 | 9,48 |
| Vendedora | 7 | 3,02 | 5 | 2,15 |
| Outras | 31 | 13,36 | 38 | 16,38 |
| Total | 232 | 100,00 | 232 | 100,00 |

INPRAE= mulheres idosas não praticantes de exercícios físicos; IPRAE= mulheres idosas praticantes de exercícios físicos.

As profissões relatadas pelas idosas classificadas como outras, foram: advogadas, artesã, autônomas, biomédica, confeiteira, contadora, copeira, dama de

companhia, dentista, gari, manicure, marketing, modista, operária, secretárias, servente escolar, vigia, cuidadoras de idosos, tesoureira, tipografia, bordadeira, zeladora, dentre outras. Percebemos nas outras profissões relatadas pelas mulheres participantes, que algumas profissões ,que necessitam de ensino superior, aparecem de maneira discreta, como advocacia, dentista.

A tabela 6 apresenta a distribuição das INPRAE e IPRAE por renda pessoal, os quais revelam que 9,48% das idosas participantes do estudo não possui rendimentos para ambos os grupos (INPRAE e IPRAE), dados relativamente baixos aos 18,5% apresentados pelo IBGE (2002) para população brasileira de idosos que não recebiam proventos.

No entanto, dentre os rendimentos por salário mínimo (dados na tabela 6) que na época da aplicação dos questionários era de 465 reais, grande parte das idosas ganhavam até um salário mínimo (43,90% das INPRAE e 36,63% das IPRAE), dados que se aproximam da média nacional, de 43,8% (IBGE, 2004). A outra grande parcela do estudo tem rendimentos pessoais que vão de um a dois salários mínimos (30,17% das INPRAE e IPRAE) sugerindo que grande parte da população amostra do estudo sejam de classe sócio-econômica mais baixas.

A importância de analisar a renda dos idosos está no fato de que grande parte tem um peso importante na renda das famílias onde estão inseridos, pois em estudo qualitativo realizado por Camaro et al. (1999) e Uchôa (2003) em mulheres idosas residentes na cidade de Bambuí- MG, verificou-se que a questão financeira é intrinsecamente ligada à manutenção da saúde e da Qualidade de Vida.

Tabela 6 – Distribuição das INPRAE E IPRAE quanto a renda pessoal

| | INPRAE | | IPRAE | |
|----------------------------|------------|------------|------------|------------|
| | Frequência | Percentual | Frequência | Percentual |
| Até 1 salário mínimo | 102 | 43,90 | 85 | 36,63 |
| De 1 a 2 salários mínimos | 70 | 30,17 | 70 | 30,17 |
| De 2 a 3 salários mínimos | 22 | 9,48 | 26 | 11,20 |
| De 3 a 4 salários mínimos | 2 | 0,86 | 20 | 8,62 |
| De 3 a 4 salários mínimos | 11 | 4,74 | 00 | 0,00 |
| Mais de 5 salários mínimos | 3 | 1,29 | 9 | 3,87 |
| Sem rendimentos | 22 | 9,48 | 22 | 9,48 |
| Total | 232 | 100,00 | 232 | 100,00 |

INPRAE= mulheres idosas não praticantes de exercícios físicos; IPRAE= mulheres idosas praticantes de exercícios físicos.

6.2 Condições de Saúde

Com o envelhecimento ocorrem diversos fatores que fazem com que o idoso aumente a sua vulnerabilidade a muitas doenças (CARVALHO FILHO, 1996; PAPALEO NETO, 1996; SHEPARD, 2003; BRASIL, 2007) e deste grupos as mulheres são mais suscetíveis à medida que o envelhecimento avança (NERI, 2001; FAJARDO, 1997).

Os perfis de morbidade, presença de déficits físicos e cognitivos, influenciam nas condições de saúde. Neste estudo, identificamos a presença ou não de doenças através de auto-relato na questão, a qual questionava sobre se têm ou teve (nos últimos 2 anos) problemas de saúde, os quais os dados em estão dispostas na tabela 7, a qual apresenta a distribuição da amostra constituída de IPRAE e INPRAE por morbidades “problemas de saúde”.

Consideramos que, embora estudos de morbidade auto-referida (no nosso estudo por auto-relato) poderem subestimar as prevalências de doenças, devido a déficits de memória e/ou ausência de diagnóstico, utilizamos deste método, mediante à dificuldade eminente de apresentação de exames clínicos para comprovação, mas segundo Lima-Costa et al. (2003) este método já foi realizado por outros estudos dos quais comprovaram eficácia.

Observamos na tabela 7, que apenas 5,60% de INPRAE e 7,37% de IPRAE relataram não ter nenhum acometimento à saúde, dados relativamente baixos, pois, de acordo com Lima-Costa et al. (2003) 75% das mulheres idosas brasileira relatam ter pelo menos um tipo de morbidade e/ou condição crônica, e o IBGE (2009) aponta que 80,02 % das mulheres apresentam doenças crônicas.

A grande maioria das idosas deste estudo relatou ter mais de uma doença. A maior prevalência referida dentre todos os acometimentos foi a hipertensão arterial (39,65% nas INPRAE e de 41,38% nas IPRAE), no entanto, dados com valores percentuais inferiores aos estudos realizados em idosos por: Zaitune (2006) no município de campinas (51,8%); nos estudos de Brasil (2005) com a população idosa brasileira, com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (43,9%) (IBGE, 2005); e por Barreto et al.(2001) em um estudo no Município de Bambuí, Minas Gerais, a prevalência de hipertensão arterial no grupo etário de sessenta anos e mais foi expressivamente maior (61,5%).

Os outros acometimentos à saúde auto-referidos pelos idosos são: acometimentos na coluna (32,76% nas INPRAE e 43,53% nas IPRAE); acometimentos nos músculos, tendões, articulações (juntas), nervos, tais como: hérnia de disco, artrose, gota,

lombalgia, tendinites, osteoporose (30, 6 nas INPRAE e 34,61% nas IPRAE); colesterol elevado (20,26% nas INPRAE e 19,83% nas IPRAE); diabetes (18, 53% nas INPRAE e 15,09 nas IPRAE); acometimentos na visão (27,59% nas INPRAE e 26,29 nas IPRAE); problemas cardíacas (16,38% nas INPRAE e 15,94% nas IPRAE).

E também vale destacar os acometimentos a saúde de ordem psicológica, como insônia (22,41% nas INPRAE e 17,24% nas IPRAE), depressão (16,81% nas INPRAE e 18,53% nas IPRAE) e estresse (16,81% nas INPRAE e 18,53% nas IPRAE).

Os dados da depressão desta pesquisa estão acima dos 15% apresentados por Sadock (2007), fator preocupante, principalmente para o grupo de INPRAE, pois é uma doença que leva os idosos a serem o grupo de pessoas que mais se suicidam (Ballone, 2004; Brasil, 2007) Stella et al.(2002), e Neri (2001) e Rolin (2006).

Alguns acometimentos à saúde das IPRAE apresentaram maior percentual (hipertensão, artrose, na coluna, estresse e depressão) em relação as INPRAE, isto se dá, segundo Fibra et al.(2006) pelo fato da prática regular de exercícios físicos proporcionar aos idosos melhor percepção de seu corpo e de sua saúde, segundo os mesmos autores, os idosos se conscientizam de que sua saúde merece mais cuidado e atenção.

Tabela 7 – distribuição da amostra constituída de INPRAE E IPRAE pelas morbidades “problemas de saúde”

| Acometimentos à saúde | INPRAE | | IPRAE | |
|--|------------|------------|------------|------------|
| | Frequência | Percentual | Frequência | Percentual |
| Hipertensão “Pressão alta” | 92 | 39,65 | 96 | 41,38 |
| Colesterol elevado | 47 | 20,26 | 46 | 19,83 |
| Diabetes | 43 | 18,53 | 35 | 15,09 |
| Cardíaca | 38 | 16,38 | 37 | 15,94 |
| Pulmonar | 7 | 3,02 | 2 | 0,86 |
| Hepática | 8 | 3,45 | 5 | 2,15 |
| Nos músculos, tendões, articulações,,nervos, tais como: hérnia de disco,artrose, gota, lombalgia, tendinites | 71 | 30,60 | 81 | 34,91 |
| Coluna | 76 | 32,76 | 101 | 43,53 |
| Depressão | 39 | 16,81 | 43 | 18,53 |
| Estresse | 39 | 16,81 | 43 | 18,53 |
| Insônia | 52 | 22,41 | 40 | 17,24 |
| Visão | 64 | 27,59 | 61 | 26,29 |
| Surdez | 20 | 8,62 | 20 | 8,62 |
| Câncer | 6 | 2,59 | 4 | 1,72 |
| Outros | 10 | 4,31 | 14 | 6,03 |
| Nada | 13 | 5,60 | 17 | 7,37 |

INPRAE= mulheres idosas não praticantes de exercícios físicos; IPRAE= mulheres idosas praticantes de exercícios físicos.

Classificamos como outros os acometimentos ou doenças relatadas pelas INPRAE: síndrome do pânico, alergia, tireóide, labirintite, anemia, intestinais, vesícula, Alzheimer, esclerose, doenças vasculares e de circulação; e para as IPRAE: fibromialgia, reinite, alergia, AVC, chagas, problemas na tireóide, insuficiência renal, asma, bronquite, hipoglicemia, osteoporose, bronquite e labirintite.

Quanto a dependência a tabela 8 demonstra que das 232 INPRAE apenas 9 (3,88%) possui alguma dependência e que 37 (15,95%) das INPRAE possui dependência de outras pessoas para deslocar-se e/ou realizar as AVD e ACB.

Tabela 8 – Dependência para realização de atividades.

| | INPRAE | | IPRAE | |
|----------------|------------|------------|------------|------------|
| | Frequência | Percentual | Frequência | Percentual |
| Ninguém | 195 | 84,05 | 223 | 96,12 |
| ACB | 2 | 0,86 | 0 | 0 |
| AVD | 9 | 3,87 | 4 | 1,72 |
| Deslocar-se | 10 | 4,31 | 1 | 0,43 |
| AIVD | 0 | 0,00 | 1 | 0,43 |
| ACB, AVD | 1 | 0,43 | 0 | 0,00 |
| ACB, DESL | 1 | 0,43 | 0 | 0,00 |
| ACB, AVD, DESL | 5 | 2,15 | 2 | 0,86 |
| AVD, DESL | 9 | 3,87 | 1 | 0,43 |
| Total | 232 | 100,00 | 232 | 100,00 |

INPRAE= mulheres idosas não praticantes de exercícios físicos; IPRAE= mulheres idosas praticantes de exercícios físicos; ACB= atividades de cuidados básicos; AVD= atividades da vida diária; DESL= deslocar-se; AIVD= atividades instrumentais da vida diária.

6.3 Participação nos programas de exercícios físicos e atividades de lazer

Nesta seção do trabalho apresentaremos os dados sobre a participação dos idosos nos exercícios físicos oferecidos pela Unidade de Atenção ao Idoso de Uberaba (UAI) e pelo projeto Ginástica Orientada.

Observamos anteriormente que das 464 mulheres idosas participantes do estudo, 14,4% eram cadastradas no Projeto ginástica orientada (N=67) e 65,6% na UAI. Sendo todos cadastrados na Secretária de Saúde de Uberaba, pois qualquer idoso que é cadastrado em qualquer programa da Prefeitura de Uberaba são cadastrados nesta secretária pelo sistema de cadastro em rede entre todos os setores da prefeitura. É importante também ressaltar que muitos idosos que são cadastrados no projeto Ginástica Orientada também são cadastradas na UAI.

A tabela 9 demonstra as atividades praticadas pelas IPRAE, sendo os dados apresentados nestas três formas:

- A primeira corresponde às modalidades praticadas como únicas, ou seja, como a única forma de exercício físico. Observamos que as modalidades mais praticadas são a ginástica (14,65%), hidroginástica (14,22%), caminhada (5,60) e musculação (2,58%).
- A segunda corresponde à prática de cada modalidade de forma combinada com uma ou mais modalidade(s) diferente(s). Dados mostram a hidroginástica (53,44%) como a mais praticada, seguida pela ginástica (36,20%) e musculação (31,46%).
- E na terceira forma apresentamos de forma geral, ou seja, quanto cada modalidade aparece no alto relato dos idosos ao responderem a questão sobre qual modalidade praticam como forma de exercício físico. A hidroginástica com 67,66% aparece como a mais praticada no geral, seguida pela ginástica com 50,85% e a musculação 34,04%.

Tabela 9 – Distribuição da amostra de IPRAE nas diferentes modalidades de exercícios físicos

| Modalidades | Praticadas de forma única | | Praticadas combinadas com outras modalidades | | Praticadas de forma única + combinadas (total) | |
|-----------------------|---------------------------|------------|--|------------|--|------------|
| | Frequência | Percentual | Frequência | Percentual | Frequência | Percentual |
| Musculação | 6 | 2,58 | 73 | 31,46 | 79 | 34,04 |
| Ginástica | 34 | 14,65 | 84 | 36,20 | 118 | 50,85 |
| Hidroginástica | 33 | 14,22 | 124 | 53,44 | 251 | 67,66 |
| Dança | 0 | 0,00 | 9 | 3,87 | 9 | 3,87 |
| Caminhada | 13 | 5,60 | 3 | 1,29 | 16 | 6,89 |
| Natação | 1 | 0,43 | 3 | 1,29 | 4 | 1,72 |
| Alongamento | 4 | 1,72 | 28 | 12,06 | 32 | 13,78 |
| Atividades combinadas | 141 | 60,78 | --- | --- | --- | --- |
| Total | 232 | 100,0 | --- | --- | --- | -- |

IPRAE= mulheres idosas praticantes de exercícios físicos.

No gráfico 5 observamos que as modalidades praticadas de forma combinada uma com as outras são preferência da maioria IPRAE (60,78%).

Todas as modalidades praticadas pelas idosas (musculação, ginástica, hidroginástica, dança, caminhada, natação e alongamento) possuem um grande apelo para sua prática, onde diversos estudos já comprovaram.

Apresentamos anteriormente no item 4.3.1 deste estudo pesquisas com informações das modalidades praticadas pelos idosos, no entanto voltamos a destacar de forma sintética os benefícios trazidos da:

a) Hidroginástica: proporciona diminuição da gordura corporal (GUBIANI et al., 2001; TAKESHIMA et al., 2002), melhora a força muscular (TAKESHIMA et al., 2002; ALVES et al., 2004), a agilidade (TAKESHIMA et al., 2002; ALVES et al., 2004), a flexibilidade (TAKESHIMA et al., 2002) e a capacidade cardiorrespiratória (TAKESHIMA et al., 2002), o equilíbrio (ALVES et al., 2004; DEVEREUX et al., 2005) a auto-imagem e auto-estima (MAZO, CARDOSO e AGUIAR, 2006), atua na prevenção de doenças e na manutenção e independência da pessoa idosa (MAZO et al., 2006), contribui para o aumento da densidade mineral óssea (BALSAMO et al., 2006) e para autonomia (REZENDE, RASSI e VIANA, 2008);

b) Musculação: estimula o aumento da massa e força muscular (RHODES et al., 2000; PEREIRA et al., 2003, JOVINE, 2006), favorece a diminuição das dores na coluna, lombares e provocadas pela artrite (VAISBERG, ROSA e MELO, 2005), melhora da marcha (SANTOS e PEREIRA, 2006) e diminuição nas quedas (JOVINE, 2006) ;

c) Dança: traz boa mobilidade articular (DIOGO, NERI e CACHIONI, 2006; MOREIRA, 2001); segundo Diogo, Neri e Cachioni (2006) aumenta a resistência à lesão e a dores musculares, diminui o risco de lombalgia e outras dores na coluna, melhora a postura e a auto-imagem; sociabiliza (VERAS, 2003), mantém e/ou melhora a força muscular e a capacidade cardiorrespiratória (MOREIRA, 2001a), provoca bem estar biopsicossocial (TODARO, 2001; LEAL e HASS, 2006), aumenta o equilíbrio e a agilidade na locomoção e diminui o risco de quedas (SHIGEMATSU, 2002);

d) Ginástica: esta modalidade praticadas pelas idosas do estudo é a combinação de ginástica aeróbica e localizada, que desenvolve a capacidade cardiorrespiratória, resistência muscular, equilíbrio e flexibilidade favorecendo a autonomia, a auto estima, dentre outros aspectos que beneficiam a Qualidade de Vida do Idoso de seus praticantes (MATSUDO, 2004).

e) Caminhada: modalidade aeróbica que em estudos avaliados por Zancheta (2006) indicam que quando praticada de forma regular, com frequência e intensidade de acordo com as capacidades biopsicossociais de cada indivíduo pode reduzir níveis de estresse, incrementa a auto-estima e aumenta a resistência cardiorrespiratória.

A população amostra de IPRAE (tabela 10) relatou que pratica exercícios físicos 2 vezes por semana (60,78%), 3 vezes/semana (13,36%) e 4 vezes ou mais (25,86%). No entanto, durante a pesquisa, a qual permanecemos durante muito tempo na Unidade de Atenção ao Idoso (local da pesquisa), nos permite dizer que os idosos que frequentam, na sua

maioria 2 vezes por semana os programas de exercícios físicos, eles, nestes dias chegam a praticar 2 ou mais modalidades em um único dia, possivelmente devido à variedade de modalidades de exercícios físicos oferecidos diariamente pela UAI. É importante salientar, que no projeto Ginástica Orientada as idosas permaneciam somente na hora das atividades, pois os núcleos se localizavam em praças esportivas, associações de bairro e postos de saúde, os quais ofereciam apenas os exercícios físicos e a avaliação de alguns parâmetros como a pressão arterial.

A frequência de 2 vezes por semana foi a que prevaleceu na maioria das IPRAE de nossa pesquisa, como também nos estudos realizados por Rolim (2005), apresenta-se justificado pelo fato de que a maioria das modalidades são oferecidas 2 vezes por semana, principalmente aqui em nosso estudo no projeto Ginástica Orientada.

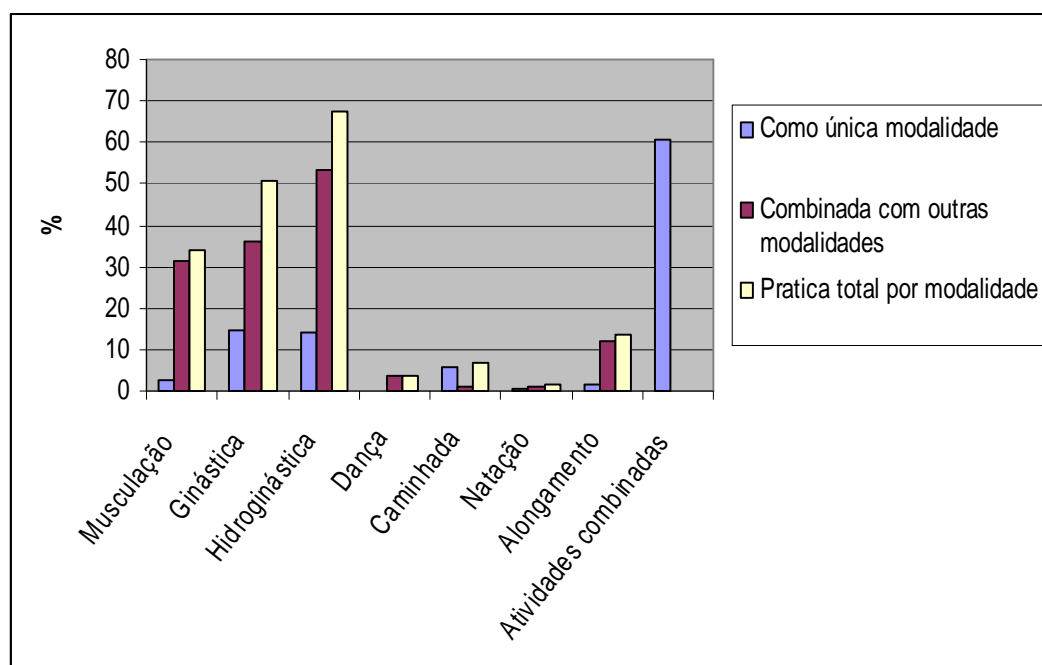


Gráfico 5 – Distribuição das idosas IPRAE por modalidades praticadas

Tabela 10 – Distribuição da amostra de IPRAE pela frequência dos exercícios físicos por semana.

| Vezes por semana | Frequência | Percentual |
|------------------|------------|------------|
| 2 | 141 | 60,78 |
| 3 | 31 | 13,36 |
| + 4 | 60 | 25,86 |
| Total | 232 | 100,00 |

Quanto ao tempo de participação das idosas nos exercícios físicos, dividimos as idosas em 3 classes por tempo de exercícios praticados durante a semana (60-120 minutos; 121-240 minutos; + 241 minutos) e os dados estão dispostos na tabela 11.

Tabela 11 – Distribuição da amostra das IPRAE por tempo de participação nos exercícios por semana.

| Tempo em minutos | Praticantes de exercícios físicos | |
|---------------------|-----------------------------------|------------|
| | Frequência | Percentual |
| 60 a 120 minutos | 134 | 57,75 |
| De 121 a 240 | 68 | 29,31 |
| Mais de 241 minutos | 30 | 12,93 |

Tabela 12 – Distribuição da amostra das IPRAE por objetivos na procura da prática de exercícios físicos.

| Objetivos | Como único objetivo | | Combinados com outros objetivos | | Total Geral | |
|----------------------------------|---------------------|------------|---------------------------------|------------|-------------|------------|
| | Frequência | Percentual | Frequência | Percentual | Frequência | Percentual |
| Aprendizagem | 1 | 0,43 | 17 | 7,33 | 18 | 7,76 |
| Condicionamento físico | 30 | 12,93 | 45 | 19,40 | 75 | 32,33 |
| Condição social | 11 | 4,74 | 58 | 25,00 | 69 | 29,74 |
| Estética | 02 | 0,86 | 15 | 6,46 | 17 | 7,33 |
| Lazer | 20 | 8,62 | 58 | 25,00 | 78 | 33,62 |
| Terapêutico por indicação médica | 71 | 30,60 | 53 | 22,84 | 124 | 53,45 |
| Outros objetivos | 02 | 0,86 | --- | --- | 02 | 0,86 |
| Objetivos combinados | 95 | 40,94 | --- | --- | --- | --- |
| Total | 232 | | --- | --- | --- | --- |

Outros objetivos= melhora da saúde e disposição.

A tabela 12 apresenta todos os objetivos, relatados pelas mulheres idosas praticantes de exercícios físicos (IPRAE) que as incentivaram a procurarem a prática dos exercícios físicos, dentre eles foram: aprendizagem, condicionamento físico, condição social, estética, lazer, terapêutico por indicação médica, outros objetivos (melhora da saúde e disposição).

O dados da tabela 12 demonstram que 40,94% dos idosos procuraram a prática dos exercícios físicos por mais de um objetivo, os quais classificamos como objetivos combinados.

Sobre os objetivos que mais incentivaram as entrevistadas à prática dos exercícios físicos, pelas IPRAE no gráfico 6 foram: fins terapêuticos por indicação médica (53,45%), seguido pelo lazer (33,62%), condicionamento físico (32,33%), e convívio social (29,74%). Estudo realizado por Rolim (2005) encontrou estes objetivos também como os que mais incentivaram os seus entrevistados à prática regular dos exercícios físicos.

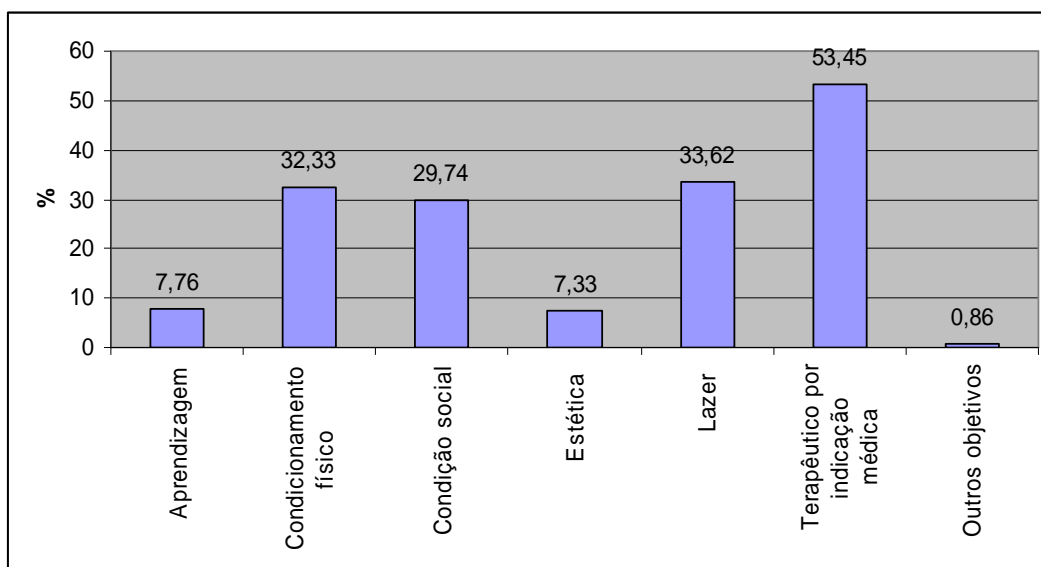


Gráfico 6 – Distribuição das IPRAE quanto aos objetivos para a procura da prática de exercícios físicos.

A aplicação do questionário (apêndice B) nos possibilitou verificar diretamente através da questão 13 “*Alguma mudança foi percebida em sua qualidade de vida após a prática regular de exercício físico?*”, a percepção de alguma mudança da Qualidade de Vida após iniciarem a prática regular de exercícios físicos.

Das 232 IPRAE participantes da pesquisa, 217 perceberam alguma mudança na sua qualidade de vida após a prática dos exercícios físicos e 15 idosas responderam que nenhuma mudança foi percebida.

Para tabular as respostas das 217 idosas IPRAE que relataram mudanças percebidas na sua Qualidade de Vida a partir da prática de exercícios físicos, utilizamos a técnica de análise de conteúdo de acordo com os pressupostos metodológicos elaborados por Laurice Bardin (1977). Segue-se a seguinte ordem que seguimos para análise:

1ª–Recorte dos **valores** que estão presentes no discurso das idosas na resposta da questão 13 do questionário utilizado na pesquisa (apêndice B)

2ª–Geração dos **indicadores** a partir dos valores

3ª–Construção das **unidades de significado** a partir dos indicadores para servir de referencial para a interpretação do fenômeno pesquisado, tanto no sentido individual quanto no sentido de possíveis convergências e divergências entre os discursos dos sujeitos participantes da pesquisa, sem com isto, querer caracterizar um princípio de generalização.

Ao final da tabulação e com os resultados de cada idoso nas 6 unidades de significados selecionadas após as análises dos indicadores da pergunta 13, quadro em apêndice D, podemos verificar que a unidade de significado “benefícios físicos” (49,77%) foi a que obteve o maior número de indicadores presentes no relato das idosas na percepção de mudança na Qualidade de Vida em decorrência da prática de exercícios físicos. Os indicadores desta unidade de significado foram:

a)“*dor*” (n=55) o qual pertencia os valores: na melhora de dores, melhora nas dores no joelho, dores nas articulações, dores musculares, não sinto mais dores, dores na coluna;

b)“*controle de doenças*” (n=8) nesta os valores são controle de diabetes, pressão regulada e artrose;

c)“*órgãos e sistemas corporais*” (n=15), para estes indicadores foram usados os valores melhora da circulação, articulações, respiração, musculatura, coluna e nos movimentos corporais;

d)“*locomoção*” (n=3), melhorou a locomoção;

e)“*capacidades físicas*” (n=6), com os valores agilidade, flexibilidade e coordenação;

f)“*sono*”(n=2), o valor percebido foi sono;

g)“*condicionamento físico*”(n=24), condicionamento físico, condições físicas, físico e resistência física;

h)“*AVD*”(n=4), com o valor facilidade para as tarefas diárias.

Na unidade de significado “*benefícios físicos*” o indicador “*dor*” foi o que apareceu no maior número de relatos das idosas, a qual grande percentagem dos idosos relatam a redução e/ou eliminação das dores a partir da participação de programas de exercícios físicos. Mostrando a importância do exercício físico para este grupo de IPRAE, pois, a dor é um acometimento à saúde que os idosos são mais suscetíveis, que provoca fadiga física e emocional, impedindo-os de realizar suas atividades da vida diária e sociais, podendo provocar alterações no sono, depressão e solidão (SADOCK, 2007).

Podemos observar a relação dos benefícios da prática dos exercícios físicos na diminuição das dores das IPRAE em alguns relatos obtidos pela pesquisa, como: “*não sinto dores na coluna e melhorou o dialogo com as outras pessoas*” (idosa 133); “*diminui as dores e fiquei mais animada*” (idosa 150); “*melhorou a locomoção, menos dores, mais disposição*”(idosa 32).

Observa-se também que as idosas percebem alterações positivas vindos com a prática do exercício físico como já demonstrados por Gonçalves e Vilarta (2004) no controle das doenças crônicas e na melhora na flexibilidade; por Matsudo(2004), Spirduso e Cronin (2001) e Okuma (2002) na aptidões físicas como força, coordenação, agilidade e aptidão cardiorrespiratória que possibilitam realizar as atividades da vida diária (AVD).

Mazo et al.(2004) afirma que quando o idoso apresenta bem-estar no domínio físico, repercute positivamente no domínio psicológico, pois pessoas idosas que freqüentam grupos de exercícios físicos demonstram substanciais ganhos psicológicos, os quais podemos observar na próxima unidade de significado “benefícios psicológicos” e nos resultados obtidos na pesquisa utilizando o WHOQOL *brief* que está mais adiante.

“*Benefícios psicológicos*” (39,17%) foi a segunda unidade de significado que obteve participação de grande número de IPRAE, sendo os indicadores percebidas na Qualidade de Vida mediante aos exercícios foram:

- a) “*Bem estar*” (n=17), com os valores sinto bem, bem estar físico, bem estar mental, bem estar, estado emocional, vida em vários sentidos, calma e tranquilidade;
- b) “*Alegria*” (n=8), os quais os valores foram alegria, sou feliz;
- c) “*Humor*” (n=7), humor;
- d) “*Disposição/ânimo*” (n=43), os valores percebidos foram disposição, ânimo, energia e animação.
- e) “*Concentração/memória*” (n=2); concentração e mente.
- f) “*Imagem corporal*” (n=5) imagem corporal e aparência
- g) “*Auto-estima*” (n=3), auto-estima
- h) “*Sentimentos negativos /doenças psicológicas*” (n=11), o estresse, depressão, ansiedade e solidão foram os valores apresentados nos relatos das idosas não praticantes de exercícios físicos.

A unidade de significado “benefícios psicológicos” as IPRAE perceberam que os exercícios físicos atuam na melhora do seu bem estar, humor, na alegria, na disposição, ânimo, na concentração, na sua imagem corporal, auto-estima, no combate à depressão, ansiedade e ao estresse, como observamos também em diversos outros estudos que trataram

do domínio psicológico na Qualidade de Vida (GUIMARÃES e CALDAS, 2006; MAZO, CARDOSO e AGUIAR, 2006; NERI, 2001; ROLIM, 2006; OKUMA, 2006).

“*Minha auto-estima, me sinto mais disposta*”(idoso 145); “*animação, saúde, alegria, comunicação social*”(idoso, 59); “*disposição e alegria de viver*”(idoso 197), são discursos de 3 IPRAE participantes da pesquisa, as quais verifica-se claramente os benefícios percebidos na sua Qualidade de Vida a partir da prática de exercícios físicos.

A unidade de significado “*relações sociais*” (9,68%), os indicadores percebidos foram melhora nas amizades, amigos, convívio social e integração.

Segundo Bento (1991) o desporto “exercícios físicos” se praticados de forma harmônica desperta a função social da comunicação, da cooperação, da convivência, do diálogo, da aproximação e da integração entre as pessoas. Neste estudo os benefícios dos exercícios físicos para as relações sociais são observados de forma simples nos relatos da IPRAE: “*alegria no convívio social*”(idoso 212); “*convívio social, condição física e saúde* (idoso 63)”;

Os programas de exercícios físicos que as IPRAE participavam durante a aplicação do questionário eram todos realizados em grupos formados por mais de 15 pessoas. As atividades em grupos proporcionam aos idosos afastar os sentimentos de isolamento e solidão (SPIRDUSO e CRONIN, 2001; ROLIM, 2006).

O “*meio ambiente*” foi a unidade de significado que apareceu como a que apresentou menor quantidade de indicadores no discurso dos IPRAE indicando percepção de mudança na Qualidade de vida a partir da prática de exercícios físicos. O único indicador “*Novas habilidades e informações*” apareceu somente em 2 IPRAE.

O meio ambiente na área de educação física apresenta poucos estudos, portanto, segundo Okuma (2002), os exercícios físicos proporcionam aos seus praticantes a capacidade do idoso se manter atualizado, procurando novas habilidades e informações, pois colabora para que idoso busque reconhecimento da capacidade de cuidar-se e de promover sua saúde.

A unidade de significado “*saúde*”, (23,96%), teve indicadores percebidos em relatos de 52 IPRAE e a unidade de significado “*Qualidade de Vida*” apareceu somente nos relatos de 4,14% das IPRAE, os quais destacamos: “*Qualidade de vida e saúde*”(idoso 217); “*melhorou a Qualidade de Vida*”(idoso 163); “*Saúde física e mental*”(idoso 107), dentre outros.

Spiriduso e Cronin (2001), Guimarães e Caldas (2006), Brasil (2007), Matsudo (2009) dentre outros autores os quais aparecem no nosso estudo destacam a importância dos exercícios físicos para manutenção e/ou melhora da saúde global e conseqüentemente da Qualidade de Vida para mulheres idosas.

Marques, Costa e Pinto (2009) em estudo na avaliação do nível de atividade física, saúde e qualidade de vida de idosos participantes do Projeto AFRID/UFU através de relatos dos idosos, apresentou resultados semelhantes aos obtidos na resposta da questão 13 de nosso estudo. Os dados destes autores apontaram que a prática regular de exercícios físicos proporcionam aos idosos sentirem mais dispostos, com menos dores, a terem convivência e maior rede de amizade, sendo assim, de maneira geral, os exercícios físicos se apresentaram, no discurso dos idosos da AFRID/UFU, como facilitadores para um envelhecimento saudável e feliz.

A tabela 13 apresenta a distribuição das INPRAE E IPRAE na participação ou não em atividades de lazer e/ou terapêuticas praticadas por essa população amostra. Os dados demonstram que apenas 19,8% das INPRAE e 37,06 das IPRAE declaram fazer alguma atividade de lazer.

Tabela 13 – Distribuição da amostra das INPRAE E IPRAE por participação em atividades de lazer.

| | INPRAE | | IPRAE | |
|-------|------------|------------|------------|------------|
| | Frequência | Percentual | Frequência | Percentual |
| Não | 186 | 80,2 | 145 | 62,5 |
| Sim | 44 | 19,8 | 86 | 37,06 |
| Total | 232 | 100,00 | 232 | 100,00 |

INPRAE= mulheres idosas não praticantes de exercícios físicos; IPRAE= mulheres idosas praticantes de exercícios físicos.

A tabela 14 apresenta as várias atividades de lazer e/ou terapêuticas encontradas na resposta da questão 14 do questionário de dados pessoais (apêndice B), sendo das 44 idosas não praticantes de exercícios físicos, 43, 18% fazem bordados, em seguida bailes dançantes 20,45%, crochê e Tricô 9,09%, canto coral 9,09% e o restante das atividades se dividiram em pintura (tela e/ou tecido), artesanato, tear, costura, flauta, teclado, jardinagem e terapia ocupacional não passaram de 3%.

No grupo de 86 idosos praticantes de exercícios físicos, 34,88% tem como lazer: participação em bailes dançantes, 24,41% fazem bordado, 16,28 participam de canto coral no UAI, 12,79 fazem pintura (tela e/ou tecido), 11,62% participam da bateria da 3ª idade

do UAI, 10,46% tricô e/ou crochê, 9,3% artesanato e menos de 2% tem como atividades de lazer desenho, arte contemporânea, tear, costura, catira, teatro e terapia ocupacional.

Observamos na tabulação dos dados sobre a participação das atividades de lazer que muitos dos idosos declaram fazer mais de uma atividade de lazer, principalmente o IPRAE, pois a UAI oferece aos idosos cadastrados diversas atividades de lazer e/ou terapêuticas aos quais os idosos podem realizar, como podemos observar no folheto da instituição (anexo C).

Gonçalves e Vilarta (2004b) destacam e Viana (2003) demonstra a importância do lazer não sedentário como hábitos e comportamentos que beneficiam na Qualidade de Vida do idoso.

Tabela 14 – Distribuição da amostra das INPRAE E IPRAE por participação em atividades de lazer

| Atividade de lazer | INPRAE | | IPRAE | |
|----------------------------|------------|------------|------------|------------|
| | Frequência | Percentual | Frequência | Percentual |
| Pintura (tela e/ou tecido) | 3 | 6,8 | 11 | 12,79 |
| Desenho | 0 | 0,00 | 1 | 1,16 |
| Arte contemporânea | 0 | 0,00 | 1 | 1,16 |
| Artesanato | 3 | 6,8 | 8 | 9,3 |
| Bordado | 19 | 43,18 | 21 | 24,41 |
| Crochê e tricô | 7 | 15,9 | 9 | 10,46 |
| Tear | 1 | 2,27 | 1 | 1,16 |
| Costura | 3 | 6,8 | 1 | 1,16 |
| Bailes dançantes | 9 | 20,45 | 30 | 34,88 |
| Canto coral | 4 | 9,09 | 14 | 16,28 |
| Bateria | 0 | 0,00 | 10 | 11,62 |
| Catira | 0 | 0,00 | 1 | 1,16 |
| Flauta | 1 | 2,27 | 0 | 0,00 |
| Teclado | 1 | 2,27 | 0 | 0,00 |
| Jardinagem | 1 | 2,27 | 0 | 0,00 |
| Teatro | 0 | 0,00 | 1 | 1,16 |
| Terapia ocupacional | 2 | 4,54 | 1 | 1,16 |

INPRAE= mulheres idosas não praticantes de exercícios físicos; IPRAE= mulheres idosas praticantes de exercícios físicos.

6.4 Comparação dos resultados dos domínios da Qualidade de Vida entre as praticantes e não praticantes de exercícios físicos

Quanto maior são os escores apontados na avaliação da Qualidade de Vida pelo questionário *WHOQOL bref* melhor é a Qualidade de Vida, sendo assim analisando a

tabela 15, a qual compara os dados dos resultados obtidos na avaliação da Qualidade de Vida através do instrumento *WHOQOL bref*, verifica-se médias mais altas em todos os domínios da Qualidade de Vida pelo grupo de mulheres idosas praticantes de exercícios físicos (IPRAE) em relação ao não praticantes de exercícios físicos (INPRAE).

Tabela 15 – Associação da amostra de INPRAE e IPRAE e os domínios da qualidade de vida de acordo com *WHOQOL bref*.

| | INPRAE | | | | | IPRAE | | | | |
|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | Físico | Psico | Social | Amb. | Geral | Físico | Psico | Social | Amb. | Geral |
| N | 232 | 232 | 232 | 232 | 232 | 232 | 232 | 232 | 232 | 232 |
| Média | 64.07 02 | 68.57 04 | 69.46 84 | 55.07 81 | 66.16 38 | 72.46 00 | 73.70 69 | 72.59 34 | 62.19 02 | 75.00 00 |
| md | 64.28 57 | 70.83 33 | 70.83 33 | 53.12 50 | 62.50 00 | 71.42 86 | 75.00 00 | 75.00 00 | 62.50 00 | 75.00 00 |
| DP | 19.12 93 | 15.83 79 | 17.59 48 | 16.14 58 | 19.39 40 | 14.37 75 | 13.84 82 | 15.58 21 | 14.86 19 | 15.29 83 |
| Mín. | 17.86 | 12.50 | 16.67 | 12.50 | 17.92 | 14.29 | 30.00 | 16.67 | 25.00 | 25.00 |
| Max. | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| P 25 | 53.57 14 | 58.33 33 | 58.33 33 | 43.75 00 | 50.00 00 | 64.28 57 | 66.66 67 | 66.66 67 | 53.12 50 | 62.50 00 |
| P 50 | 64.28 57 | 70.83 33 | 70.83 33 | 53.12 50 | 62.50 00 | 71.42 86 | 75.00 00 | 75.00 00 | 62.50 00 | 75.00 00 |
| P 75 | 78.57 14 | 79.16 67 | 83.33 33 | 65.62 50 | 75.00 00 | 82.14 29 | 83.33 33 | 83.33 33 | 71.87 50 | 87.50 00 |

Físico= domínio físico; Psico= domínio psicológico; Social= domínio relações sociais; Amb.= domínio meio ambiente; Geral= Qualidade de Vida geral; md= mediana, DP = desvio padrão; Min= valor máximo; max = valor máximo; P 25= percentis de 25; P 50= percentis 50; percentis 75; INPRAE= mulheres idosas não praticantes de exercícios físicos; IPRAE= mulheres idosas praticantes de exercícios físicos.

A análise de nosso estudo realizado através da aplicação do instrumento *WHOQOL bref*, foi feita em escala de 0 a 100, seguindo a sintaxe proposta pela organização mundial de Saúde que trata da Qualidade de Vida (*WHOQOL*), contudo grande parte das pesquisas que analisamos não seguiram esta orientação, tornando-se difícil a comparação de nosso estudo com outras pesquisas. Entretanto apresentamos nesta discussão dos dados obtidos por avaliação da Qualidade de Vida alguns estudos que utilizaram o *WHOQOL* como instrumento de avaliação para acrescentar na discussão de nosso trabalho. As pesquisas são de Gordia et al. (2007), Conte (2004), Carvalho et al.(2006), Fibra et al.(2006) e Mazo (2003), Silva (2007b), Mazo et al. (2009) as quais relacionam exercício físico, mulheres idosas e Qualidade de Vida.

Os dados apresentados pelas pesquisas dos autores anteriores demonstram a influência dos exercícios físicos na Qualidade de Vida de mulheres idosas, apresentando tão quanto no nosso estudo, escores mais altos em todos os domínios da Qualidade de Vida.

Gordia et al. (2007) ao analisar e comparar a Qualidade de Vida de 60 idosas, sendo o grupo 1 formado por 30 idosas praticantes e o grupo 2 formado por 30 idosas não praticantes de exercício físico, utilizando como instrumento o *WHOQOL* abreviado, concluíram que o grupo de idosas praticantes de exercícios físicos (grupo 1) apresentou médias melhores em todos os domínios da Qualidade de Vida avaliados em relação ao grupo de idosas não praticantes de exercícios físicos.

Conte (2004) ao avaliar 320 mulheres idosas de grupos de convivência da cidade de Marechal Candido Rondon, PR, utilizando o *WHOQOL*, com objetivo de analisar os indicadores de Qualidade de Vida, nos domínios físico, psicológico, social e ambiental e relacionar com o nível de atividade física em idosas concluiu que todos os domínios da Qualidade de Vida tiveram resultados positivos.

Carvalho et al. (2006) ao avaliar a Qualidade de Vida de 35 idosas não praticantes e 35 idosas praticantes de exercícios físicos do programa de atividade física da Universidade Católica de Brasília, utilizando o *WHOQOL* abreviado, teve como resultado, que em todos os domínios da Qualidade de Vida tiveram melhores resultados no grupo praticante de exercícios físicos em relação ao não praticantes de exercício físico.

Fibra et al. (2006), em estudo o qual avaliou a Qualidade de Vida de 20 idosos antes e após um programa de fisioterapia aquática da Universidade Metodista de São Paulo, que durou 12 semanas consecutivas, com duas sessões semanais, sendo cada sessão com duração de 60 minutos, os quais foram divididos em exercícios para aquecimento (5 minutos), exercícios para alongamento dos músculos antigravitacionais (6 minutos), exercícios para fortalecimento dos músculos antigravitacionais (10 minutos), exercícios para equilíbrio (25 minutos) e exercícios para o relaxamento muscular (4 minutos). O instrumento utilizado para avaliação da Qualidade de Vida foi o *WHOQOL* abreviado, que permitiu após a tabulação dos dados concluir que todas os atendidos através da fisioterapia aquática teve uma melhora significativa em todos os domínios da Qualidade de Vida, principalmente no domínio psicológico.

Mazo et al. (2008) em estudo realizado com 198 mulheres idosas participantes de grupos de convivência da cidade de Florianópolis, Santa Catarina, relacionando os níveis de atividade física com a Qualidade de Vida, utilizando dentre os instrumentos de avaliação, o questionário de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde “o *WHOQOL* abreviado”, o qual os resultados ao final do estudo indicaram que a atividade física

desempenha importante função na Qualidade de Vida de mulheres idosas, principalmente nos domínios psicológicos e físicos.

Outra pesquisa sobre a Qualidade de Vida em idosos foi realizado por Silva (2007b) na cidade de Rio Verde, Goiás onde 390 idosos através do *WHOQOL* abreviado foram avaliados em relação a sua percepção em relação a Qualidade de Vida, no entanto, segundo o autor a Qualidade de Vida dos idosos avaliados foi relativamente boa, apesar das condições sócio econômicas e ambientais serem desfavoráveis.

Marques, Costa e Pinto (2009) em estudo em 25 idosos com 60 anos ou mais de idade participantes do projeto AFRID/UFU, sendo destes 92% de mulheres, com média de idade de 69,8 anos, com o objetivo relatar a qualidade de vida, a saúde e o nível de atividade física dos idosos praticantes de atividade física do Projeto AFRID/UFU, verificou ao final de seus estudos que os dados apontaram escore médio dos sujeitos, por meio do questionário WHOQOL Abreviado, de uma boa qualidade de vida em 94,68%.

Mazo et al. (2009) com objetivo de verificar a influência do nível da atividade física na Qualidade de Vida de mulheres idosas que participam de programas de exercícios físicos realizados pela Universidade Federal de Santa Catarina, avaliou 27 mulheres idosas através do questionário *WHOQOL-100* em forma de entrevista. Ao final de sua pesquisa conclui que as mulheres muito ativas apresentam melhor Qualidade de Vida do que as mulheres poucas ativas, sendo assim,

[...] a atividade física pode ser um atributo que contribui para a melhoria da Qualidade de Vida, desde que essa não seja limitada apenas a uma dimensão, pois devemos compreendê-la como um conceito multidimensional, visto que o ser humano não é apenas um corpo que se movimento biologicamente, mas sim um ser histórico, social que interage na sociedade tanto no aspecto coletivo como individual.(MAZO, et al., 2009, p. 42).

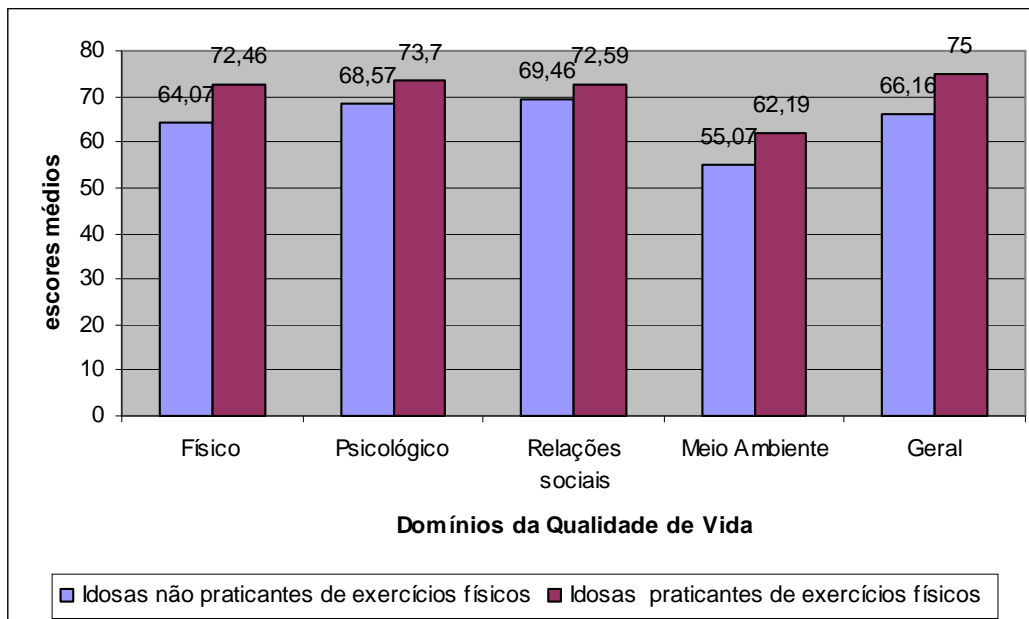


Gráfico 7 - Distribuição da amostra composta por IPRAE e INPRAE de acordo com os valores médios dos domínios da Qualidade de Vida avaliados pelo *WHOQOL bref*.

O gráfico 7 apresenta os valores médios dos escores da Qualidade de Vida nos domínios psicológico, físico, social, ambiental e geral para os grupos de mulheres idosas não praticantes de exercícios físicos (INPRAE) e praticantes de exercícios físicos (IPRAE). Os dados revelam que:

a) **Domínio Físico:** o grupo de IPRAE apresenta média de 8 pontos a mais que o grupo de INPRAE, o que pode ser atribuído aos benefícios dos exercícios físicos na manutenção e/ou melhora da capacidade funcional (NAHAS, 2001; ANDEOTTI, 1999; BRASIL, 2007, MATSUDO et al., 2000; MATSUDO, 2009 SPIRDUSO e CRONIN, 2001; REZENDE, RASSI e VIANA, 2008), na diminuição da dor física e no desconforto que ela provoca (MATSUDO, 2004; BRASIL, 2007), na diminuição da dependência e uso de medicamentos e/ou tratamentos de saúde (BRASIL, 2007; MATSUDO et al., 2000), no sono (BRASIL, 2007) e para maior energia e disposição para o dia-a-dia (NAHAS, 2001; MATSUDO et al., 2000; SPIRDUSO e CRONIN, 2001)

b) **Domínio Psicológico:** o grupo de IPRAE apresenta média de 5 pontos a mais que o grupo de INPRAE, pois os exercícios físicos agem na melhora da auto estima (OKUMA, 1998; NERI, 2001; ROLIM, 2006; WEINBERG e GOULD, 2001; SPIRDUSO e CRONIN, 2001; MAZO, CARDOSO e AGUIAR, 2006), na memória e concentração (WEINBERG e GOULD, 2001; SPIRDUSO e CRONIN, 2001), na imagem corporal e aparência, (OKUMA, 1998; NERI, 2001; ROLIM, 2006; WEINBERG e GOULD, 2001;

BRASIL, 2007; MAZO, CARDOSO e AGUIAR, 2006), nos sentimentos positivos (WEINBERG e GOULD, 2001; OKUMA, 1988; SPIRDUSO e CRONIN, 2001;) e aproveita mais a vida (OKUMA,1998).

O Domínio psicológico foi dentre os domínios avaliados pelo WHOQOL *brief* que apresentou melhores escores em nosso estudo bem como nos estudos de Mazo et al. (2008) e Conte (2004) e Fibra et al. (2006).

c) **Domínio Relações Sociais:** o grupo de IPRAE apresenta média de 3 pontos a mais do que o grupo de INPRAE, pois os exercícios agem na integração, na socialização e na inserção do idoso em um grupo social (WEINBERG e GOULD, 2001; ROLIM, 2006; MATSUDO et al., 2000; BRASIL, 2007; SPIRDUSO e CRONIN, 2001).

d) **Domínio Meio Ambiente:** também apresentou média maior do grupo IPRAE em relação ao INPRAE, a diferença foi de 7 pontos, esta diferença pode ser pelo fato das atividades realizadas pela maioria dos idosos praticantes de exercícios físicos serem realizadas no UAI, as quais estes tem maior frequência em um local seguro, que oferece serviços de educação, de atendimentos a saúde (fisioterapia, psicologia, etc.) , que oferece atividades de educação (salas de alfabetização), palestras educativas, e assim sendo um ambiente diferente do cotidiano que aflige as cidades (violência, locais para lazer, etc.) . Outro fator, que colabora para escores mais altos da Qualidade de Vida, pode ser pelo fato que grande parte dos idosos praticam a hidroginástica e segundo Fibra et al., (2006), a prática desta modalidade levam os idosos a verem de forma melhor, seu ambiente físico, talvez segundo os autores por se sentirem mais alegres e estimulados, pois o ambiente aquático (piscina) é um local diferente e distante da realidade diária.

Vale ressaltar que o domínio meio ambiente foi o que apresentou menor escore médio em relação aos outros, tanto no grupo de IPRAE e INPRAE, fato que pode ser explicado pela falta de espaços de lazer, insegurança provocada pela violência urbana, recursos financeiros insuficientes (aposentadoria insuficiente), e infra-estrutura inadequadas para terceira idade (mobiliário inadequado, calçadas irregulares e com obstáculos sem sinalização, acessos a locais públicos e privados sem rampas e/ou elevadores, iluminação pública insuficiente, sanitários não adaptados, dentre outros), que podemos observar na cidade na qual foi realizada o estudo.

As condições ambientais favoráveis trazem benefícios para Qualidade de Vida, compensando as disfunções funcionais, sensoriais e psicomotoras, prevenindo acidentes, principalmente quedas, prevenindo o estresse e a depressão pela estruturação do ambiente,

promovendo a autonomia e estimulando a independência funcional e psicossocial (NERI, 2001).

Ao analisar os escores da Qualidade de Vida Geral (gráfico 7), as IPRAE apresentaram médias maiores do que as INPRAE (75.00 e 66.16 respectivamente), pois os exercícios físicos praticados de modo apropriados beneficiam em diversos fatores biopsicossociais que influenciam a saúde e a Qualidade de Vida do idoso (GONÇALVES E VILARTA, 2004; SPIRDUSO e CRONIN, 2001; MAZO et al., 2008).

O gráfico 8 apresenta os escores médios (0 a 5 pontos) de todas as questões do questionário WHOQOL *bref* aplicado nas 464 mulheres idosas participantes do estudo.

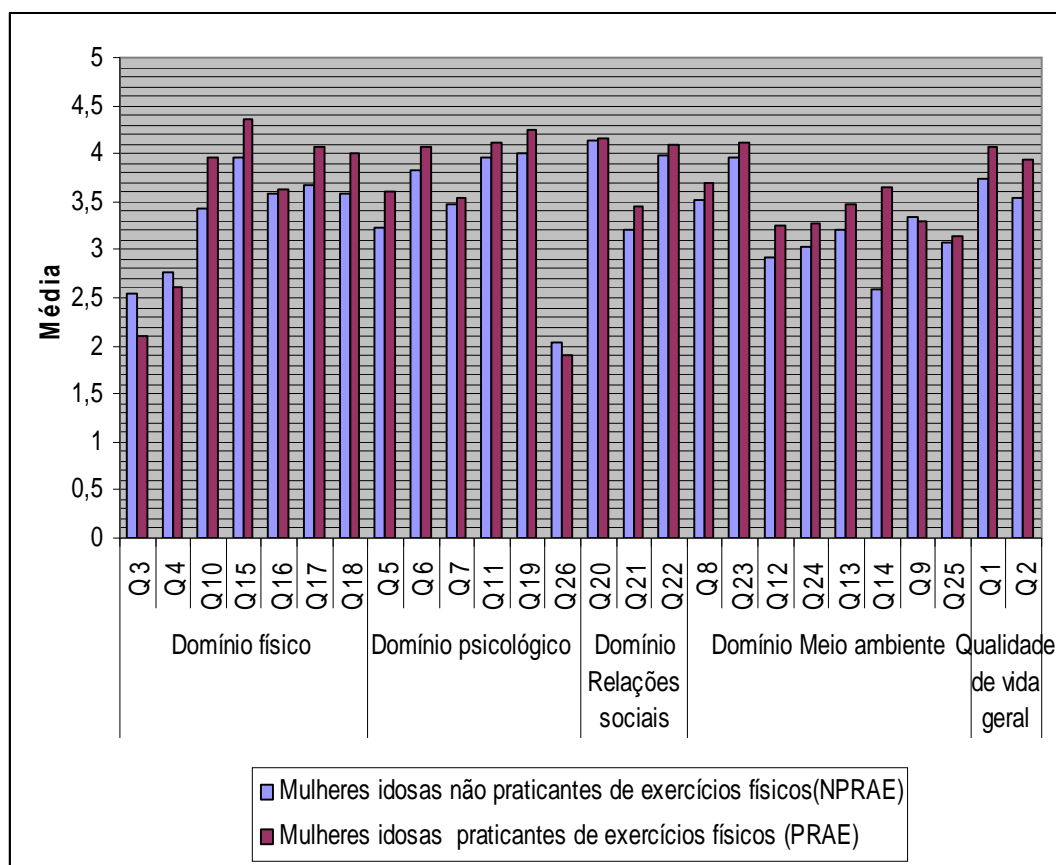


Gráfico 8 – Valores médios das 26 questões do questionário WHOQOL *bref* aplicado no grupo de idosas praticantes (IPRAE) e não praticantes de exercícios físicos (INPRAE). (N=232 IPRAE, N=232 INPRAE).

Domínio físico: Q3= Dor e desconforto; Q4= Dependência de tratamento médico; Q10= energia e fadiga; Q15= mobilidade; Q16= sono e repouso; Q17= atividades da vida cotidiana; Q18= capacidade de trabalho. **Domínio psicológico:** Q5=sentimentos positivos; Q6= espiritualidade /religião/ crenças; Q7= memória/concentração; Q11= imagem corporal e aparência; Q19= auto-estima; Q26= sentimentos negativos. **Domínio relações pessoais:** Q20= relações pessoais; Q21= atividade sexual; Q22= suporte (apoio) social. **Domínio meio ambiente:** Q8= segurança física e proteção; Q23= satisfação com a moradia; Q12=recursos financeiros; Q24= acesso a serviços de saúde; Q13= novas informações e habilidades; Q14= recreação e lazer; Q9 = ambiente físico; Q25= Transporte. **Qualidade de Vida geral:** Q1= como você avaliaria sua Qualidade de Vida? Q2= satisfação com a saúde.

As médias obtidas em cada questão com caráter positivo do *WHOQOL bref* foram maiores para as IPRAE. No entanto, houve exceção para a questão 9 do *WHOQOL bref* (Quão saudável é o seu ambiente físico “clima, barulho, poluição, atrativos”) a qual apresentou médias mais altas nas INPRAE. Costa (2001) encontrou o mesmo resultado em seu estudo, e justificou este fato dizendo que idosos que participam de grupos de exercícios físicos têm conhecimento mais profundo de uma situação ambiental.

É importante observar que para a tabulação destes dados não recodificamos os valores das questões 3, 4 e 26, que tem caráter negativo, como foi realizado para avaliação da Qualidade de Vida de acordo com cada domínio apresentado no restante do estudo. Nestas questões com caráter negativo o grupo de idosas não praticantes de exercícios físicos apresentaram escores mais altos.

Então ao final da associação entre os escores médios das questões da Qualidade de Vida do *WHOQOL bref* e os grupos de IPRAE e INPRAE, verificamos que o grupo de IPRAE em relação ao grupo de INPRAE, sentia menos dor e desconforto, tinha menor dependência de tratamento médico, tinha mais energia para o dia-a-dia, maior capacidade de locomoção, estava mais satisfeito com seu sono, desempenhava melhor suas atividades da vida cotidiana, tinha maior capacidade para o trabalho, aproveitava melhor a vida, encontrava melhor sentido na vida, demonstrava maior concentração, aceitava melhor sua imagem corporal, estava mais satisfeito consigo mesmo (melhor auto-estima), tinha menor sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade e depressão, estava mais satisfeito com suas relações pessoais, atividades sexuais e apoio dos amigos, se sentia mais seguro e protegido na vida diária, tinha maior satisfação com a moradia, considerava melhor que seus recursos financeiros fossem suficientes para satisfazer suas necessidades, apresentava maior satisfação com os acessos aos serviços de saúde, estava mais satisfeito com disponibilidade de informações que tem disponível para seu dia-a-dia; tinha mais oportunidades de realizar atividades de lazer e maior satisfação com o seu meio de Transporte.

E finalmente o grupo de IPRAE no estudo apresentou maior satisfação com sua saúde e avaliava melhor sua qualidade de vida em relação ao grupo de INPRAE. O maior escore em grupos mais ativos encontramos em pesquisas de Mazo (2003), Mazo et al.(2008), Mazo et al. (2009), Conte (2004) e Conte e Lopes (2005).

Conte (2004, pp. 102 e 102), ao final de estudo associando o nível de atividade física e os subdomínios verificou-se que as mulheres mais ativas

[...] sentiam menos dor, possuíam mais energia para o dia-a-dia, estavam mais satisfeitas com sua capacidade de locomoção, com a capacidade de trabalho e de desenvolver atividade no dia-a-dia e necessitavam de menos tratamento médico.[...] demonstraram maior satisfação pessoal e melhor capacidade de concentração, aproveitavam mais a vida. [...] demonstraram estar mais satisfeitas com o apoio dos amigos. [...] estavam mais satisfeitas com o acesso aos serviços de saúde, com as oportunidades de lazer e com seu meio de transporte.

Um dos fatores que influênciam a Qualidade de Vida é a idade, pois a medida que o tempo passa os acometimentos à saúde biopsicossocial vão aumentando. Na tabela 16 apresentamos os escores médios da Qualidade de Vida de acordo com 3 faixas etárias (60-69, 70-79, +80 anos) nos domínios da avaliação da Qualidade de Vida do *WHOQOL bref*.

Ressaltamos que as tabelas com dados completos da sintaxe do *WHOQOL bref* nas faixas etárias citadas acima estão em apêndice E.

A faixa etária na qual mostrou-se mais presente em nosso estudo, tanto nas IPRAE e INPRAE foi a de 60-69 anos, corroborando com estudos de Mazo et al. (2005), que nos leva a deduzir que a atividade física é um hábito de idosas mais jovens, viúvas e com escolaridade menor.

Os dados nos revelam que nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente todos os escores médios tiveram maior valor no grupo das mulheres idosas praticantes de exercícios físicos (IPRAE) em todas as faixas etárias.

Tabela 16 - Frequência e percentual das INPRAE e IPRAE por faixa etária de 60 a 69 anos, de 70 a 79, de 80 anos ou mais e as médias dos domínios da Qualidade de Vida do *WHOQOL bref*.

| | Idosas não praticantes de exercícios físicos (INPRAE) | | | | | | | Idosas praticantes de exercícios físicos (IPRAE) | | | | | | |
|-----------------|--|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | Fre | % | DF | DP | DS | DA | GE | Fre | % | DF | DP | DS | DA | GE |
| 60 a 69 anos | 142 | 61,2 0 | 65.0 905 | 68.0 164 | 68.7 793 | 54.1 593 | 65.0 528 | 146 | 62,9 4 | 72.4 560 | 73.2 021 | 71.0 046 | 61.4 084 | 75.5 137 |
| 70 a 79 anos | 71 | 30,6 1 | 62.0 724 | 68.6 620 | 69.1 315 | 56.1 180 | 65.8 451 | 77 | 33,1 8 | 71.9 852 | 74.0 801 | 74.8 918 | 62.7 029 | 74.0 260 |
| + 80 anos | 19 | 8,19 | 63.9 098 | 72.3 684 | 75.8 772 | 58.0 592 | 75.6 579 | 9 | 3,88 | 76.5 873 | 78.7 037 | 78.7 037 | 70.4 861 | 75.0 000 |
| Total | 232 | 100, 00 | 64.0 702 | 68.5 704 | 69.4 684 | 55.0 781 | 66.1 638 | 232 | 100, 00 | 72.4 600 | 73.7 069 | 72.5 934 | 62.1 902 | 75.0 000 |

Freq= frequência; % percentual; DF= domínio físico; DP= domínio psicológico; DS= domínio relações sociais; DA= domínio meio ambiente; GE= geral; Total= todas as faixas etárias

Contudo, na faixa etária de 80 anos ou mais, a Qualidade de Vida geral apresentou-se com menor escore no grupo de mulheres praticantes de exercícios físicos,

supondo que o grupo de IPRAE avalia melhor a sua saúde e a Qualidade de Vida, pois como destacamos anteriormente a prática dos exercícios fazem com que os idosos percebam melhor o seu corpo envelhecendo, sendo assim podendo influenciar na avaliação subjetiva da Qualidade de Vida.

6.5 Associação da prática dos exercícios físicos (frequência, quantidade e número de modalidades praticadas) e os domínios da Qualidade de Vida

Verificamos anteriormente através da comparação entre a Qualidade de Vida do grupo de mulheres idosas não praticantes de exercícios físicos (INPRAE) e o grupo de mulheres idosas praticantes de exercícios físicos (IPRAE) que os exercícios físicos praticados pelas idosas de acordo com os resultados da sintaxe do *WHOQOL bref* influenciam positivamente na Qualidade de Vida Geral e nos quatro domínios avaliados pelo instrumento da pesquisa.

Como demonstrado anteriormente, cada modalidade com sua especificidade beneficia os diversos domínios da qualidade de vida e que a frequência é essencial para desenvolver determinados aspectos do domínio físico e psicológico sejam estimulados, no entanto, urge a questão, a Qualidade de Vida e seus domínios é influenciada pelo número de modalidades praticadas e pela frequência semanal da prática dos exercícios físicos no grupo de 232 mulheres idosas praticantes de exercícios físicos participantes do estudo?

A tabela 17 nos apresenta alguns dados que demonstram que a Qualidade de Vida em todos os domínios é maior nos praticantes de duas ou mais modalidades, o que nos sugere, que quando as IPRAE participam de mais de uma modalidade esportiva elas se beneficiam de mais aspectos que influenciam na Qualidade de Vida.

Os dados (tabela 17) também demonstram que o grupo que apresenta escores médios mais altos em todos os domínios e na Qualidade de Vida Geral é o grupo de IPRAE que participam de exercícios físicos com frequência semanal de 3 vezes (13% dos idosos) em relação aos outros grupos de frequência de exercícios físicos. Logo em seguida o grupo que participa dos programas de exercícios físicos de 4 vezes ou mais por semana (25,86%) apresentam maiores escores médios nos domínios físico e relações sociais em relação ao grupo que participa das atividades 2 vezes por semana (60,78%), que por sinal tem escores médios mais altos nos domínios psicológico e na Qualidade de Vida Geral do grupo anterior (4 por semana).

Tabela 17. Frequência, percentual das idosas praticantes de exercícios físicos pela quantidade de modalidades praticadas, frequência por semana na prática de exercícios físicos e as médias do domínios da Qualidade de Vida do *WHOQOL bref*.

| Idosas praticantes de exercícios físicos (IPRAE) | | | | | | | |
|---|-----|--------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | Fre | % | DF | DP | DS | DA | GE |
| Uma modalidade | 94 | 40,51 | 72.3784 | 75.2660 | 71.8972 | 60.7713 | 74.2021 |
| 2 ou modalidades | 138 | 59,49 | 72.8002 | 72.9771 | 73.2488 | 63.1114 | 75.6341 |
| 2 x por semana | 141 | 60,78 | 71.5299 | 73.5225 | 71.1584 | 61.0151 | 75.3546 |
| 3 x por semana | 31 | 13,36 | 76.8398 | 77.7778 | 77.0202 | 63.8258 | 76.8939 |
| 4 x ou mais por semana | 60 | 25,86 | 72.0339 | 71.8220 | 73.5876 | 63.7712 | 73.0932 |
| Média Total | 232 | 100,00 | 72.4600 | 73.7069 | 72.5934 | 62.1902 | 75.0000 |

Freq= frequência; % percentual; DF= domínio físico; DP= domínio psicológico; DS= domínio relações sociais; DA= domínio meio ambiente; GE= geral; Total= todas as faixas etárias

O departamento de atenção à saúde do Ministério da Saúde através dos caderno “envelhecimento e saúde da pessoa idosa” (BRASIL, 2007) e Matsudo (2009 e 2001) enfatizam que os exercícios físicos para idosos devem conter frequência de pelo menos 3 vezes por semana, de forma moderada e que devem conter elementos que estimulem a capacidade cardiorrespiratória, força, equilíbrio e flexibilidade. As recomendações de Matsudo (2009 e 2001) e Brasil (2007) corroboraram com as médias mais altas de qualidade de vida, pois os grupos que apresentaram valores mais altos de qualidade de vida são os das modalidades combinadas (2 ou mais modalidades) e da frequência de 3 vezes por semana como podemos observar no gráfico 9. Observamos que as tabelas com os dados completos da sintaxe do WHOQOL bref pelo número de modalidades praticadas e pela frequência semanal da prática de exercícios físicos está em anexo E.

As médias mais altas nos domínios psicológico e geral no grupo de praticantes de 2 x por semana de exercício físico em relação ao de 4 vezes ou mais por semana pode ser pelo fato da a intensidade e a frequência para o grupo de 4 vezes estarem provocando dor física, em função do excesso de atividade, pois a energia despendida para idosos é muito maior, principalmente mulheres (GONÇALVES e VILARTA, 2004), provocando estresse psicológico maior no idoso. E segundo os autores, mesmo que os exercícios não estimulem o

condicionamento cardiorrespiratório , sendo de baixa intensidade e frequência, podem melhorar aspectos como dor, rigidez, nível de estresse, auto-estima e humor.

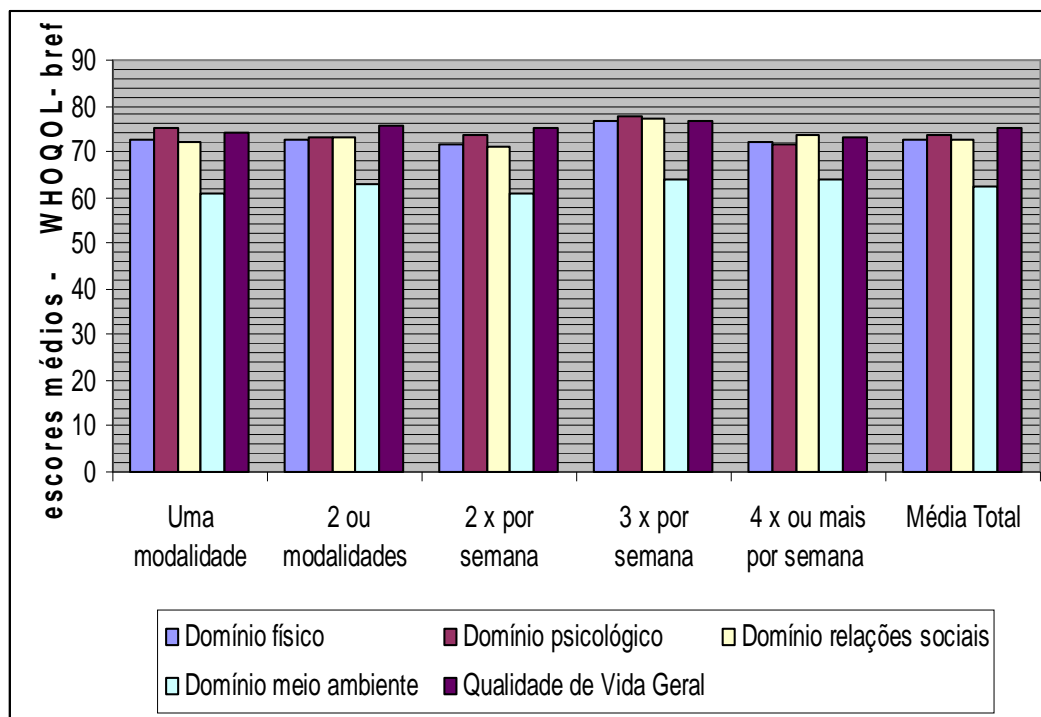


Gráfico 9. Média dos domínios da Qualidade de Vida do *WHOQOL bref* pela quantidade de modalidades praticadas e frequência por semana de exercícios físicos.

Os resultados gerais obtidos, através da aplicação do questionário do *WHOQOL bref*, nos permite afirmar que os exercícios físicos influenciam a Qualidade de Vida de mulheres idosas da população amostra da pesquisa, pois em nosso estudo as IPRAE avaliam melhor sua Qualidade de vida do que o grupo de INPRAE.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso objetivo ao iniciarmos esta pesquisa, era mostrar evidências de que as mulheres que participam de programas de exercícios físicos apresentam melhor avaliação subjetiva da Qualidade de Vida do que aquelas que não praticam exercícios físicos. Pois vários estudos apresentados na revisão bibliográfica comprovaram a eficácia do exercício físico sobre a avaliação subjetiva de Qualidade de Vida.

Vale salientar, que ao fazer a leitura do referencial teórico, percebi que o corpo da mulher e sua relação como ser-no-mundo altera-se com o envelhecimento, pois à medida que o envelhecimento avança ocorrem mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais que podem reduzir a autonomia e assim comprometendo sua Qualidade de Vida. Compreendi também a importância dos exercícios físicos para minimizar essas mudanças, retardando o processo de envelhecimento e para manter e/ou melhorar a saúde do idoso por mais tempo.

Enfatizamos o rigor científico com que foram escolhidos todos os testes e o preparo dos pesquisadores que colaboram na aplicação dos questionários, baseados em informações científicas específicas e pela valiosa orientação da docente envolvida nesta pesquisa.

Observamos também, que o cuidado de seguir com rigor à sintaxe e estatística proposta pela Organização Mundial de Saúde para o *WHOQOL bref*, e a apresentação dos resultados durante esta dissertação, teve o intuito de tornar mais acessível este conhecimento para ser utilizado pela área da Educação Física e/ou áreas afins, que buscam compreender a influência do exercício físico na Qualidade de Vida das pessoas.

Percebemos que a Qualidade de Vida do idoso está intimamente ligada ao modo de como o próprio idoso se vê no mundo e como este corpo idoso se apresenta em determinado instante, fazendo com que a percepção que o idoso tem de sua relação com o mundo seja percebida diferentemente por eles mesmos, em tempos e espaços diferentes. Os dados obtidos na aplicação dos questionários nos revelou “em um determinado instante” que as mulheres idosas praticantes de exercícios físicos (IPRAE) avaliavam subjetivamente sua Qualidade de Vida melhor que as mulheres idosas não praticantes de exercícios físicos (INPRAE). Portanto, os exercícios físicos para as idosas cadastradas na UAI e no Projeto Ginástica Orientada da cidade de Uberaba, Minas Gerais são atributos que contribuem para melhoria da Qualidade de Vida.

No entanto é importante ressaltar que ambos os grupos avaliados pela WHOQOL bref apresentaram boa Qualidade de Vida, todavia em análise detalhada, em cada questão do questionário da Organização Mundial de saúde, foi possível perceber que o grupo de IPRAE sentiu menos dor e desconforto, tinha mais energia para o dia-a-dia, maior capacidade de locomoção, estava mais satisfeito com seu sono, desempenhava melhor atividades no cotidiano, tinha maior capacidade para o trabalho, aproveitava melhor a vida, encontrava melhor sentido na vida, demonstrava maior concentração, aceitava melhor sua imagem corporal, mais satisfeito consigo mesmo (melhor auto-estima), tinha menor sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade e depressão, tinha mais satisfação com suas relações pessoais, atividades sexuais e apoio dos amigos, se sentia mais seguro e protegido na vida diária, tinha maior satisfação com a moradia, considerava seus recursos financeiros suficientes para satisfazer suas necessidades, apresentava maior satisfação com os acessos aos serviços de saúde, estava mais satisfeito com disponibilidade de informações que tem disponível para o dia-a-dia; tinham mais oportunidades de realizara atividades de lazer e maior satisfação com o meio de Transporte.

Também constatei que grande parte dos idosos perceberam mudança na sua Qualidade de Vida.

Diante dos resultados analisados, recomenda-se:

a) Ampliação das políticas públicas municipais que favoreçam e incentivem a prática dos exercícios físicos para os idosos de Uberaba, pois este estudo aponta que idosas participantes de programas de exercícios físicos avaliam subjetivamente sua Qualidade de Vida melhor do que idosas que não participam de programas de exercícios físicos e assim beneficiando sua saúde.

b) Que os exercícios físicos sejam realizados sempre sobre a supervisão de um profissional da área de Educação Física, o qual deve programar as atividades para que sejam prazerosas e que atendam os anseios e as necessidades de cada idoso, respeitando os princípios fisiológicos para prática dos exercícios físicos.

c) Que os centros de convivência de idosos ofereçam modalidades de exercícios físicos diversificadas, para que os idosos possam escolher a de sua preferência e ainda possa ser beneficiado pela prática combinada de modalidades de exercícios físicos..

d) A realização deste estudo em outras regiões e com grupos de idosos com características diferentes, utilizando os mesmos instrumentos, para que possíveis comparações possam ser realizadas.

e) A investigação semelhante ao estudo, utilizando os mesmos instrumentos, também com homens idosos, no município de Uberaba.

f) Que futuros trabalhos na área de Educação Física reconheçam a importância da união de conhecimento de diversas áreas bem como a importância da avaliação subjetiva, pois possibilita que avaliemos mais amplamente o ser humano, buscando uma abordagem mais global, ou seja, menos fragmentada.

g) Que a prática da Educação Física realizada dentro de instituições educacionais fique atenta para criação do hábito da prática dos exercícios físicos para a vida inteira, pois como verificamos nesta dissertação indivíduos que praticam exercícios físicos com intencionalidade, regularidade, intensidade e frequência tem maior qualidade de vida que quem não pratica.

Mais importante quanto a esses dados obtidos pelas pesquisas, a respeito dos benefícios do exercício físico para os domínios da Qualidade de Vida do WHOQOL bref (físico, psicológico, meio ambiente e social), foi perceber que o grande valor da prática regular de exercícios físicos não está em dar anos à vida, mas sim, em poder dar vida aos anos, além de contribuir para a alegria de viver, possibilitando estabilidade da saúde, manutenção da condição física, contato e comunicação com outras pessoas, independência e autonomia na resolução das tarefas cotidianas.

Chegando ao final desta dissertação, com a certeza de que a “ Educação Física” tem um papel essencial para Qualidade de Vida das pessoas, principalmente para mulheres idosas, as quais merecem respeito, dedicação e atenção dos diversos seguimentos da sociedade.

8 REFERÊNCIAS

ALVES, R. V.; MOTA, J.; COSTA, M. da C.; ALVES, J. G. G. Aptidão física relacionada a saúde de idosos: influência da hidroginástica. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 10, n. 1, p. 31-37, jan./fev. 2004.

ANDREOTTI, R. A. **Efeitos de um programa de Educação Física sobre as atividades da vida diária em Idosos**. São Paulo [dissertação]. São Paulo: Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo, 1999.

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.

AVEIRO, M. C.; NAVEGA, M. T.; GRANITO, R. N. RENNÓ, A. C. M.; OISHI, J. Efeitos de um programa de atividades físicas no equilíbrio e na força muscular do quadríceps em mulheres osteoporóticas visando uma melhoria na qualidade de vida. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. Brasília, v. 12, n. 3, p. 33 -38, set. 2004.

BACELAR, R. **Envelhecimento e produtividade: processos de subjetivação**. 2ª ed. Recife: Fundação Antonio dos Santos Abranches – FASA, 2002.

BALLONE, G. L. **Depressão e Ansiedade no Idoso**. Psiquiatria Geriátrica, 2004. Disponível em: www.psiqweb.med.br. Acesso em 10 de maio de 2009.

BALSAMO, S.; SIMÃO, R.; MARQUES, M. B.; PAULA, A. P. de; BORGES, J. L. Comparação da densidade mineral óssea em mulheres praticantes de hidroginástica e sedentárias na pós-menopausa. **Fitness & Performance Journal**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 11-15, jul./ago. 2006.

BARRETO, M. S., PASSOS, V.M.A, FIRMO, J. O. A., GUERRA, H. L, VIDIGAL P. G, LIMA-COSTA, M. F. Hypertension and clustering of cardiovascular risk factors in a community of southeast Brazil – the Bambuí Health and ageing study. *Arq Bras Cardiol* 2001; 77:576-81.

BEAUVOIR, S. de. **A velhice**. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BENTO, J. O. Desporto, **Saúde, Vida – em defesa do Desporto**. Lisboa: Livros Horizonte, 1991.

BENTO, J. O. O Corpo e desporto: reflexões em torno dessa relação. In: MOREIRA, W.W. (org.). **Século XXI: A era do corpo ativo**. Campinas: Pairus, 2006.

BERGUER & MAILLOUX-POIRIER. **Pessoas idosas, uma abordagem geral**. Lisboa: Lusodidacta, 1996.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estatuto do Idoso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** . Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Estatuto **do Idoso. Parecer 1301 de 23 de Setembro de 2003**. Disponível em: www.senado.gov.br. Acesso em 10/10/2009. Aesso em: 10 de Outubro de 2009.

CAMARGOS, Mirela Castro Santos; MACHADO, Carla Jorge; RODRIGUES, Roberto do Nascimento. A relação entre renda e morar sozinho para idosos paulistanos: 2000. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 24, n. 1, June 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982007000100004&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Jan. 2010. doi: 10.1590/S0102-30982007000100004.

CAMARO, A. A.; BELTRÃO, K. I., PASCOM, A.R.P.; MEDEIROS, M.; GOLDANI, A. M. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARO, A. A., (Org.). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA, dez, 1999. pp.19-71.

CAOVILLA, V. P.; CANINEU, P. R. **Você não está sozinho**. São Paulo: Abraz, 2002.

CARVALHO FILHO, E. T. Fisiologia do Envelhecimento. In PAPALÉO NETTO, M. (org.). **Gerontologia**. São Paulo: Ed. Atheneu, 1996.

CAPITANINI, M. E. S. Solidão na velhice: Realidade ou mito? In: NERI, A. L. FREIRE, S. A. Freire (Orgs.), **E por falar em boa velhice**. Campinas: Papirus, 2000. pp. 69-80.

CARVALHO, M. C. M.; CARVALHO, G. de A.; OLIVEIRA, M. L. C. de., RIBEIRO, J. E. G.. . **Atividade física e qualidade de vida em mulheres idosas**. Brasília, Editora: Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da UCB, 2006.

CASTIGLIA, R. C. Interação social do idoso frente a um programa de formação pessoal. **Revista Brasileira de ciências do envelhecimento humano**. Passo Fundo, 38-50 – jan./jun. 2006.

CAVALCANTE, A. M. **Psiquiatria on line Brasil: a psicologia do idoso**. 2002. Acessado em 30 novembro de 2007, disponível em: <http://www.polbr.med.br/arquivo/mour0502.htm>

CHACHAMOVICK, E.; FLECK, M. P. de A. Desenvolvimento do WHOQOL-BREF. In: FLECK, M. P. de.; et. al. (org.). **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

CONTE, E. M. T. **Indicadores de Qualidade de Vida em mulheres Idosas**. Dissertação (mestrado) – Pós Graduação em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 2004. 123p.

CONTE, E. M. T.; LOPES, A. S.; Qualidade de vida e atividade física em mulheres idosas. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano - RBCEH**, Passo Fundo, v.2, n. 1, pp. 61-75 - jan./jun. 2005

COSTA, G. de A. Corporeidade, atividade física e envelhecimento: desvelamentos, possibilidades e aprendizagens significativas. In: KACHAR, V. (Org.). **Longevidade um novo caminho para a educação**. São Paulo: Cortez, 2001.

DEBERT, G. G. A construção e a reconstrução da velhice: família, classe social e etnicidade. In: NERI, A. L.; DEBERT, G. G. **Velhice e sociedade**. 2 ed. Campinas: Papirus, 2004. pp. 41-68.

DEMO, P. **Educação e qualidade**. São Paulo: Papirus, 1994.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. de . Abordagens Quantitativa e Qualitativa em Saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. (Orgs.). **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

DEVEREUX, K.; ROBERTSON, D.; BRIFFA, N. K. Effects of a water-based program on womem 65 years and over. a randomized controlled trial. **The Australina Journal of Phisiotherapy**, v. 51, n. 2, p. 102-108, 2005.

DIOGO, D. J. M; NERI, L. A; CACHIONI, M.: **Saúde e qualidade de vida na velhice** 2ª Ed. São Paulo: Alínea, 2006, p 64- 190.

DUARTE, Y. A. de O. Indicadores de fragilidade em pessoas idosas visando o estabelecimento de medidas preventivas. **BIS – Boletim Instituto de Saúde – Envelhecimento & Saúde** , São Paulo, n. 47, p . 49 -52, abril, 2009

FAJARDO, M. L. **A Situação de Saúde da Mulher na América Latina e Caribe: uma análise com a ótica de gênero**. OPAS / OMS no Brasil, Goiânia (GO): OMS; 1997. p. 20-34.

FAJARDO, R. S.; WAYHS, R.; RODRIGUES, A.P.; OLIVEIRA, S.; SILVA, E.M.M.; ZAVANELLI, A.C. Apostila Sábio e Saudável: uma nova visão da 3ª idade. Araçatuba: FAPESP, 2003. 91p.

FIBRA, T; SÁ T. S. T. F.; FONTES, S. V, DRIUSSO, P. PRADO G. F. Avaliação da Qualidade de Vida de idosos submetidos à Fisioterapia Aquática. **Revista Neurociências**.14(4): pp. 182-184, 2006. Disponível Em: www.revistaneurociencias.com.br. Acesso em 22/11/2009

FLECK, M. P. de A. LOUZADA, S. XAVIER, M. CHACHAMOVICH, E. VIEIRA, G. SANTOS, L. PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado da avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista de Saúde Pública**, vol. 34, n.2, pp. 178-183, abril, 1999.

FLECK, S. J.; KRAEMER, W. J. **Fundamentos do treinamento de força muscular**. Tradução de Cecy Ramires. Porto Alegre: Artmed, 3ª ed., 2006.

FLECK, M. P. de.; et. al. (org.). **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FORATTINI, O. P. **Ecologia, epidemiologia e sociedade**. São Paulo: Artes Médicas, 1992.

FOX, M. **Bases fisiológicas do exercício e do esporte**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1998.

FREIRE, S. A. Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In: NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (Orgs.), **E por falar em boa velhice** (pp.21-30). Campinas: Papirus, 2000.

FREITAS, E.V.; MIRANDA, R.D.; NERY, M.R. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global. In Freitas , E.V.; Py, L.; Neri, A.L.; Cançado, F.A.X.; Gorzoni, M.L.; Rocha, S.M. (editores). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. pp.609-17.

FREITAS, E.V.; PY, L.; NERI, A.L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L.; ROCHA, S.M. (editores). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002.

FRIED et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **J. Geront.**, [S.l.], v. 56, n. 3, p. 146-156, 2001

GEBARA, I. Ronpendo o silêncio: uma fenomenologia feminista do mal. Tradução: Lucia Mathilde Endlich Orth. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

GOLDSTEIN, L. L., NERI, A. L. Tudo bem, graças a Deus. Religiosidade e satisfação na maturidade e na velhice. In A. L. Neri. **Qualidade de vida e idade madura** (pp.109-133). Campinas: Papirus, 1993. pp. 109-133.

GOMES, M.R.C. **Idosos de hoje, atletas olímpicos do passado**. Dissertação de Mestrado. PUC, São Paulo, 2005.

GONÇALVES, A. VILARTA, R. Qualidade de Vida: identidade e indicadores. In: GONÇALVES, A. VILARTA, R. (Org.). **Qualidade de vida e atividade física – explorando teorias e práticas**. Barueri, SP: Manole, 2004a.

GONÇALVES, A. VILARTA, R. Qualidade de Vida – Concepções básicas voltadas à saúde. In: GONÇALVES, A. VILARTA, R. (Org.). **Qualidade de vida e atividade física – explorando teorias e práticas**. Barueri, SP: Manole, 2004b.

GONÇALVES, M. A. S. **Sentir, Pensar, Agir: Corporeidade e Educação**, 4ª ed., Campinas: Papirus, 1994.

GORDIA A. P, QUADROS T. M. B, VILELA JUNIOR, G. G. SOUSA, E. A. de.; CABRAL, C.; MORAIS, T. B.; QUADROS JUNIOR, P. K. de.; CAMPOS, W. de. Comparação da qualidade de vida de mulheres idosas praticantes e não praticantes de exercício físico. **Lecturas: EF y Deportes. Revista Digital** - Buenos Aires - Año 11 - N° 106 - Marzo de 2007. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd106/mulheres-idosas-praticantes-de-exercicio-fisico.htm>. . Acesso em 22/11/2009.

GORZONI, M. L.; RUSSO, M. R. Envelhecimento Respiratório.. In: FREITAS, E. V; PY L.; NERI, A. L. CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L; ROCHA, S. M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Cap. 40. pp. 240-243, 2002. 1187p.

GUBIANI, G. L.; PIRES NETO, C. S.; PETROSKI, E. L.; LOPES, A. da S. Efeitos da hidroginástica sobre indicadores antropométricos de mulheres de 60 a 80 anos de idade.

Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano, v. 3, n. 1, pp. 33-41, 2001.

GUILHARDI, H. J. Auto-estima, autoconfiança e responsabilidade. In M. Z. S. Brandão et al. **Comportamento humano: tudo ou quase tudo que você queria saber para viver melhor**. Santo André: Editora Esetec, 2002. pp. 63-98.

GUIMARÃES, S. S. M. Qualidade de vida x qualidade do ambiente. In: Moreira, W.V. (Org). **Qualidade de vida : Complexidade e educação**. Campinas: Papyrus, 2001.

GUIMARÃES, J. M. N.; CALDAS, C. P. A influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas: um revisão sistemática. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 9, n. 4, pp. 481-492, dezembro, 2006.

HAYFLICK, L. **Como e porque envelhecemos**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

IBGE. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil: 2000**. Rio de Janeiro; 2002. Disponível em: www.ibge.gov.br: Acesso em 05/05/2009

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2005**. Disponível em www.ibge.gov.br . Acesso em 05/11/2007.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. Síntese de indicadores 2006. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2006/sintesepna d2006.pdf>. Acesso em 02/01/2010

IBGE. **Projeção da população do Brasil por Sexo e Idade – 1980 – 2050 – Revisão 2008**. Disponível em: www.ibge.gov.br: Acesso em 05/05/2009.

IBGE. **Síntese dos indicadores sociais – 2009**. Disponível em: www.ibge.gov.br: Acesso em 28/11/2009.

ISHIZUKA, M. A. JACOB FILHO, Fatores de risco para quedas em idosos. In: DIOGO, M.J.D.; NERI, A. L.; CACHIONI (Org.). **Saúde e Qualidade de Vida na Velhice**. 2ª edição, Campinas: Alínea, 2006.

JACOB FILHO, W. Fatores determinantes do envelhecimento saudável. **BIS – Boletim Instituto de Saúde – Envelhecimento & Saúde**, São Paulo, n. 47, p. 27 -32, abril. 2009

JOVINE, M. S.; BUCHALLA, C. M.; SANTARÉM, E. M. M.; SANTAREM, J. M.; ALDRIGHI, J. M. Efeito do treinamento resistido sobre a osteoporose após a menopausa: estudo de atualização. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 9. n. 4, pp. 493-505, dez. 2006.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J, GREBB J. A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 1997.

KOL. C. K. Qualidade de vida e Motricidade. In: Moreira, W.V. (Org). **Qualidade de vida : Complexidade e educação**. Campinas: Papyrus, 2001.

LEAL, I. J.; HASS, A. N. O significado da dança na terceira idade. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**. Passo Fundo, p. 64-71. jan./jun. 2006. Disponível em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/56>. Acesso em: 25 set. 2007.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.; GIATTI, L.; UCHOA, E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de domicílios. **Cadernos Saúde Pública**, v.19, n.3, p.745-57, 2003.

LOPES, M. H. B. de M.; HIGA, R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. **Revista escola enfermagem. USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, Mar. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 Nov. 2008. doi: 10.1590/S0080-62342006000100005.

LORDA, C. R. **Recreação na Terceira Idade**. Rio de Janeiro: Sprint, 1995.

LOURENÇO, R. A. Diabetes no idoso. In: OLIVEIRA, J. E. P., MILECH, A. **Diabetes Mellitus: clínica diagnóstico, tratamento interdisciplinar**. São Paulo: Atheneu, 2004. pp. 339-344.

MACEDO, M. P. Envelhecimento e parâmetros hematológicos. In: FREITAS, E. et AL. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1040-1048.

MARQUES, V. A; COSTA, G. de A.; PINTO; R de M. C.; Avaliação do nível de atividade física, saúde e qualidade de vida de idosos participantes do Projeto AFRID/UFU. **Lecturas: EF y Deportes. Revista Digital** - Buenos Aires - Año 14, n. 132, maio de 2009. Disponível em: www.efdeportes.com/efd132/idosos-participantes-do-projeto-afrid-ufu.htm. Acesso em 15 de dezembro de 2009.

MATSUDO, S. M. **Envelhecimento e Atividade Física**. Londrina: Midiograf, 2001.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K.R.; BARROS NETO, T. L. de. ARAUJO, T. L. de. Evolução do perfil neuromotor e capacidade funcional de mulheres fisicamente ativas de acordo com a idade cronológica. **Revista Brasileira Medicina Esporte [online]**. 2003, vol.9, n.6, pp. 365-376. ISSN 1517-8692. doi: 10.1590/S1517-86922003000600003.

MATSUDO, S. M. Atividade Física. In. LITVOC, J.; BRITO, F. C. de (Editores). **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Editora Atheneu, pp. 57-70, 2004.

MATSUDO, S. M. Envelhecimento, atividade física e Saúde. **BIS – Boletim Instituto de Saúde – Envelhecimento & Saúde**, São Paulo, n. 47, p. 76-78, abril. 2009

MAZO, G.Z. Atividade física e qualidade de vida de mulheres idosas. Universidade do Porto, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, Tese de Doutorado, 2003.

MAZO, G.Z; LOPES, M.A; BENEDETTI, T.B. **Atividade física e o idoso: concepção gerontológica**. Porto Alegre: Sulina, 2004.

MAZO, G. Z. et al. Nível de atividade física, condições de saúde e características sócio-demográficas de mulheres idosas brasileiras. **Revista Portuguesa de Medicina Desportiva**, Lisboa, v. 5, n. 2, p. 202–212. 2005.

MAZO, G. Z.; CARDOSO, F. L. AGUIAR, D. L. de. Programa de hidroginástica para idosos: motivação, auto-estima e auto-imagem. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 8, n. 2, pp. 67-72, 2006.

MAZO, G. Z.; KULKAMP,W.; LYRA, V. B.; PRADO, A. P. M. Aptidão funcional geral e índice de massa corporal de idosas praticantes de atividade física. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 8, n. 4, pp. 46-51, 2006.

MAZO, G. Z.; MOTA, J.; GONCALVES, L. H. T. MATOS, G. M.; CARVALHO,J.. Actividade física e qualidade de vida de mulheres idosas da cidade de Florianópolis, Brasil. **Rev. Port. Cien. Desp.**, vol.8, no.3, pp.414-423, dezembro, 2008.

MAZO, G. Z.; MOTA, J. A. P. da.; CARDOSO, A. S. C.; PRADO, A. P. M.; ANTUNES, G. Qualidade de vida em mulheres idosas: comparação entre o nível de atividade física. **Revista eletrônica da Escola de Educação Física e Desportos – UFRJ**, vol. 5, nº 1, pp. 31-44, janeiro, 2009.

MEIRELLES, M. E. A. **Atividade Física na Terceira Idade**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Sprint, 1999.

MERLEAU-PONTY. **Fenomenologia da percepção**. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1971.

MINAYO, M. C.de S.. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1992.

MINAYO, M.. C. de S.; HARTZ, Z. M. de A.; BUSS, P. M. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. p. 7-18, 2000.

MONTANO, M. B. M. M. Envelhecimento e demência: epidemiologia e tratamento. **BIS – Boletim Instituto de Saúde – Envelhecimento & Saúde**, São Paulo, n. 47, p. 72-75, abril. 2009

MONTEIRO, P. P. **Envelhecer: histórias, encontros e transformações**. Minas Gerais: Autêntica Editora, 2003.

MORAGAS, R. M. **Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida**. 2ª ed. Barcelona: Editora Herder AS. 1991 (tradução Nara C. Rodrigues). – São Paulo: paulinas, 2004.

MORAES, H. et al . O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática. **Rev. psiquiatr**. Rio Gd. Sul, Porto Alegre, v. 29, n. 1, Apr. 2007 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-

81082007000100014&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Sept. 2009. doi: 10.1590/S0101-81082007000100014.

MOREIRA, C. A. **Atividade física na maturidade**. Rio de Janeiro: Shape, 2001.

MOREIRA, W. W. (org). **Qualidade de vida: Complexidade e educação**. São Paulo: Papyrus, 2001b.

MOREIRA, W. W. Qualidade de Vida: como engrenar esse desafio? In: Moreira, W.W. (Org). **Qualidade de vida : Complexidade e educação**. Campinas: Papyrus, 2001.

MOREIRA, W. W. ; SIMÕES, R. ; PORTO, E. . Análise de Conteúdos: Técnica de Elaboração e Análise de Unidades de Significado. In: **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília - DF, v. 13, n. 4, p. 107-114, 2005.

MOTA, J. Envelhecimento e exercício: atividade física e qualidade de vida na população idosa. IN: BARBANTI, V.J. et al. **Esporte e Atividade Física: interação entre rendimento e saúde**. São Paulo: Manole, 2002, p.183-194.

MOTA, J.; RIBEIRO, J. L.; CARVALHO, J.; MATOS, M. G. Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. **Revista Brasileira Educação Física e Esporte** 20:219-225. 2006.

MOTTA, A. B. A dimensão de gênero na análise do envelhecimento. In: FERREIRA, M; ALVARES, M.L.M; SANTOS, E.F. **Os poderes e os saberes das mulheres: a construção do gênero**. São Luís (MA): EDUFMA/ Núcleo Interdisciplinar de estudos e Pesquisa Mulher; 2001.

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. (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas, SP :1993.

NERI, A. L. **Psicologia do Envelhecimento**. Campinas: Papyrus, 1995.

NERI A. L. **Maturidade e velhice. Trajetórias individuais e socioculturais**. Campinas: Papyrus editora; 2001a.

NERI, A. L. O Fruto dá Sementes: processos de amadurecimento e envelhecimento. In: NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Maturidade e Velhice: trajetórias individuais e socioculturais**. Campinas, SP: Papyrus, 2001b. p. 11- 52 (Coleção Vivacidade)

NERI, A. L. **Envelhecimento e Qualidade de Vida na Mulher. 2º Congresso paulista de geriatria e gerontologia**. GERP - Unicamp, Campinas, 2001c.

NERI, A. L. Envelhecer com dignidade. **Jornal da Unicamp**, v. 18, n. 247, 2004. p. 12.

NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia**. 2. ed. Campinas: Alínea; 2005.

NERI, A. L.; BORN, T.; GRESPLAN, S. M.; MEDEIROS, S. L. Biomedicalização da velhice na pesquisa, no atendimento aos idosos e na vida social. In: DIOGO, D. J. M.; NERI, L. A.; CACHIONI, M.: **Saúde e qualidade de vida na velhice** 2ª Ed. São Paulo: Alínea, 2006, p 64- 190.

NERI, L. A.; CACHIONI, M.: **Saúde e qualidade de vida na velhice**. 2ª Ed. São Paulo: Alínea, 2006.

NIEMAN, D. C. **The exercise health connection**. Champaign, IL: Human Kinetics, 1998.

NOVAES, M.H. **Psicologia da terceira idade. Conquistas possíveis e rupturas necessárias**. Rio de Janeiro: NAU, 2000.

NUNES FILHO, N. **Eroticamente Humano**. 2ª edição. Piracicaba: Unimep, 1997

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Planificación y organizacion de los servicios geriátricos**. Informe Técnico, 843.Genebra, 1994.

OKUMA, S. S. **O idoso e a atividade física - fundamentos e pesquisa**. Campinas, S.P.: Papyrus, 1998.

OKUMA, S. S. **O idoso e a atividade física**. 2ª Ed. Campinas: Papyrus, 2002.

OLIVEIRA, J. E. P. Conceitos, classificação e diagnóstico do diabetes mellitus. In: OLIVEIRA, J. E. P; MILECH, A. **Diabetes mellitus: clínica diagnóstico, tratamento interdisciplinar**. São Paulo: Atheneu, 2004. p.7-18.

PAPALÉO NETTO, M. (org.).**Gerontologia**. São Paulo: Ed. Atheneu, 1996.

PEREIRA, A. C. S.; GUSMÃO, B. C.; BERNARDO, H. ROCHA, K. M.; SÁ, L. A. R. Os efeitos do treinamento com pesos no sistema cardiopulmonar em idosos com idade entre 60 e 80 anos. **Revista Digital Vida & Saúde**, v. 2, n. 3, fev./mar. 2003. Disponível em: http://www.revistadigitalvidaesaude.hpg.com.br/artv2n1_02pdf. Acesso em: 9 dez. 2007.

PEREIRA, J. K. **As representações sociais da velhice e terceira idade: um estudo de caso sobre um “grupo de terceira idade” de Caratinga-MG**. Dissertação (mestrado) – Pós Graduação em Meio Ambiente e Sustentabilidade, Centro Universitário de Caratinga. Caratinga, MG, 2006. 135p.

PERES, Denise S; MAGNA, Jocelí Mara and VIANA, Luis Atílio. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2003, vol.37, n.5, pp. 635-642. ISSN 0034-8910.

PERRACINI, M. R. Desafios da prevenção e manejo de quedas em idosos. **BIS – Boletim Instituto de Saúde – Envelhecimento & Saúde**, São Paulo, n. 47, p . 45 -48, abril, 2009.

PETO, A.C. Terapia através da dança com laringectomizados: relato de experiência. **Rev.latino-am.enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 35-39, dezembro 2000.

REGIS DE MORAIS, J. E. Consciência corporal e dimensionamento do futuro. In: MOREIRA, W. **Educação física e esportes – perspectivas para o século XXI**. Campinas: Papyrus, 1992.

RESENDE, S. M.; RASSI, C. M; VIANA, F. P. Efeitos da hidroterapia na recuperação do equilíbrio e prevenção de quedas em idosos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 12, n. 1, p. 57-63, jan./fev. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=&Ing=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 abr. 2008.

RHODES, E. C.; MARTIN, A. D.; TAUNTON, J. E.; DONNELLY, M.; WARREN, J.; ELLIOT, J. Effects of one year of resistance training on the relation between muscular strength and bone density in elderly women. **British Journal of Sports Medicine**, v. 34, n. 1. p. 18-22, Feb. 2000.

ROLIM, F. S. **Atividade física e os domínios da qualidade de vida e do autoconceito no processo de envelhecimento**. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP: [s.n], 2005.

ROLIM, F. S. Envelhecimento e atividade física: auxiliando na melhoria e manutenção da Qualidade de Vida. In: DIOGO, M.J.D.; NERI, A. L.; CACHIONI (Org.). **Saúde e Qualidade de Vida na Velhice**. 2ª edição, Campinas: Alínea, 2006.

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.

ROSA, T. E. da C.; KEINERT, T. M. M.; LOUVISON, M. C. P.; Editorial. **BIS – Boletim Instituto de Saúde – Envelhecimento & Saúde**, São Paulo, n. 47, p. 01 -03, abril. 2009.

ROSÁRIO, T. Qualidade de vida: juventude, idade adulta e educação. In: Moreira, W.W. (Org). **Qualidade de vida : Complexidade e educação**. Campinas: Papyrus, 2001.

SADOCK, B. J. **Compêndio de Psiquiatria : ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. tradução Cláudia Dornelles...[et al.]. – 9ª ed. Porto Alegre(RS) : Artmed, 2007.

SALUM, M. de L. Ludicidade, humor, diversão e participação social: motivos de bem-estar em todas as idades. **BIS – Boletim Instituto de Saúde – Envelhecimento & Saúde**, São Paulo, n. 47, pp. 84-86, abril, 2009.

SANTANA, V.H. **A avaliação do autoconceito e a atividade física**. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas : [s.n.], 2003.

SANTOS, M. A. M. dos; PEREIRA, J. S. Efeito das diferentes modalidades de atividades físicas na qualidade da marcha em idosos. **Lecturas: Educación Física y Deportes**, Buenos Aires, a. 11, n. 102, Nov. 2006. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd102/marcha.htm>. Acesso em 20 abril. 2008.

SAUDE. Indicadores Municipais de Saúde. **População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2006**. Disponível em: <HTTP://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/tabfusão/tabfusão.cfm>. Acesso em 19 de maio 2009 – indicadores municipais de saúde.

ISHIZUKA, M. A.; JACOB FILHO, W. Fatores de risco para quedas em idosos. DIOGO, D. J. M.; NERI, L. A.; CACHIONI, M.: **Saúde e qualidade de vida na velhice** 2ª Ed. São Paulo: Alínea, 2006, p 64- 190.

SHEPHARD, R. J. **Envelhecimento, atividade física e saúde**. São Paulo: Phorte, 2003.

SHIGEMATSU, R.; SHANG, M.; YABUSCHITA, N.; SAKAY, T.; NAKAGAICHI, M.; NHO, H.; TANAKA, K. **Dance-based aerobic exercise may improve indices of falling risk in older women**. Age and Ageing, v. 31, n. 4, p. 261-266, Jul. 2002.

SILVA, E. B. N.; NERI, A. L. Questões geradas pela convivência com idosos: indicações para programas de suporte familiar. In: NERI, A. L. (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. 3 Ed. São Paulo: Papyrus, 2000. p. 213-236.

SILVA, D. B da. **A Percepção da Vida por Pessoas Idosas: um estudo sobre corporeidade, velhice e saúde**. Dissertação(Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, SP, 2007a.

SILVA, T. P. V.. **Qualidade de vida em idosos da cidade de Rio Verde - GO**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2007b.

SIMÕES, R. (Qual)idade de vida na (qual)idade de vida. In: Moreira, W.V. (Org). **Qualidade de vida : Complexidade e educação**. Campinas: Papyrus, 2001.

SIMÕES. R. **Corporeidade e terceira idade: a marginalização do corpo idoso**. 2ª edição. Piracicaba: Unimep, 1994.

SPIRDUSO, W.W. CRONIN, D.L. Exercise dose-response affects on quality of life and independent living in older adults. **Med. Sci. Sports Exerc.**, V. 33, n.6, pp.598-608, 2001.

STELLA, F., GOBBI, S., CORAZZA, D.I., COSTA, J.L.R. Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade. **Revista Motriz**, V.8, n.3, pp. 7-13, 2002.

TAKESHIMA, N.; ROGERS, M. E.; WATANAEBE, E.; BRECHUE, W. F.; OKADA, A.; YAMADA, T.; ISLAM, M. M. HAIANO, J. Water-based exercice improves health- related aspects of fitness in older women. **Medice and Science in Sports and Exercise**, V. 34, n. 3, pp. 544-551, Mar. 2002

TAVARES, M. C. G. C. F. Imagem Corporal e Qualidade de Vida. In: GONÇALVES, A. VILARTA, R. (Org.). **Qualidade de vida e atividade física – explorando teorias e práticas**. Barueri, SP: Manole, 2004.

TEIXEIRA, I. N. A. O. **Definição de fragilidade em idosos: uma abordagem multiprofissional**. Dissertação – Faculdade de Educação, Universidade de Campinas, Campinas, 2006.

TODARO, M. de A. **Dança: uma interação entre o corpo e alma dos idosos**. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2001, 92p.

TOSCANO, J. J. DE O. **Atividade Física e Qualidade de Vida relacionada à Saúde de Idosos do Sexo feminino**. 2005. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Sergipe, 2005.

TOSIM, A. **O envelhecer além do que os olhos podem ver**. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, 2007.

TUBINO, Manoel José Gomes. Por Um Novo Conceito de Educação Física. In: **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 59-61, jan./2000.

UEHARA, C. A.; ESPIN, C. L.; RODRIGUES, G. H de P.; BUENO, P. T. B. Atenção secundária em serviços de referência. **BIS – Boletim Instituto de Saúde – Envelhecimento & Saúde**, São Paulo, n. 47, p. 49 -52, abril, 2009.

UCHÔA, E Contribuição da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cad. Saúde Pública*, 19:849-53, 2003.

VAISBERG, M.; ROSA, L. F. B. P. C.; MELLO, M. T. de. **O exercício como terapia na prática médica**. São Paulo: artmed, 2005.

VANCINI, R. L.; LIRA, C. A. B. **Aspectos gerais do diabetes mellitus e exercício**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Centro de Estudos de Fisiologia do Exercício, 2004. Disponível em: <<http://www.centrodeestudos.org.br/pdfs/diabetes.pdf>>. Acesso em: 19 de dezembro de 2009.

VERAS, R. P. **Velhice numa perspectiva de futuro saudável**.- 2003 Disponível em <<http://www.unati.uerj.br/crde/texto/unati2.pdf>> Acesso em 25 de setembro de 2009.

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

VIANA, H. B. **Influência da atividade física sobre a avaliação subjetiva da qualidade de vida de pessoas idosos**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas. Campinas: [s.n], 2003

VITÓRIO, T. B. da S. C. et al. O Princípio Constitucional da Dignidade Humana e os Direitos do Cidadão Idoso em Governador Valadares. **Revista da Fadvale**. Gov. Valadares, MG, ano II, n. 1, p. 287-306, jan./dez. 2003.

VITTA, A. **Bem-estar físico e saúde percebida : um estudo comparativo entre homens e mulheres adultos e idosos, sedentários e ativos**. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Campinas, SP : 2001.

VITTA, A. Atividade Física e bem-estar na velhice. In: FREIRE, S. A. e NERI, A. L., E **Por falar em Boa Velhice**. Campinas: Papirus, 2000.

WEINBERG, R. S.; GOULD, D. **Fundamentos da Psicologia do Esporte**. 2º Edição. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001

WESTCOTT, W.; BAECHLE, T. **Treinamento de força para a terceira idade**. Tradução de Carlos David Szlak. São Paulo: Manole, 1ª ed., 2001.

WHOQOL GROUP, The World Health Organization Quality of life Assesment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Sciencia and Medicine**, v..41 pp. 1.403-1.409, 1995.

WHOQOL GROUP, The World Health Organization Quality of life Assesment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Sciencia and Medicine**, n.46 (12): 1569-85, 1998.

WHOQOL GROUP– **Versão em português dos instrumentos de validação de qualidade de vida (WHOQOL) 1998**. 2000 – Disponível: : <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol> 1.html. Acesso em 3 novembro de 2009.

ZAITUNE, M. P. do A. et al.; BARROS, M. B. de A.; CESAR, D. L. G.; CARANDINA, L. GOLDBAUM, M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2006, vol.22, n.2, pp. 285-294.

ZANCHETA, L. M. **A avaliação subjetiva da qualidade de vida em indivíduo de meia idade submetidos a treinamento físico** – Dissertação (mestrado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, São Paulo, 2006.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000

ANEXOS

ANEXO A – WHOQOL-BREF

WHOQOL – ABREVIADO
Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
GENEVA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS – Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nos estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referências as duas últimas semanas.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

| | | Muito ruim | Ruim | Nem ruim nem boa | Boa | Muito boa |
|--------|---|------------|------|------------------|-----|-----------|
| 1 (G1) | Como você avaliaria sua qualidade de vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | Muito insatisfeito | insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | Muito satisfeito |
|--------|--|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 2 (G4) | Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido nas últimas duas semanas

| | | Nada | Muito pouco | Mais ou menos | bastante | Extremamente |
|-----------|--|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| 3 (F1.4) | Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 (F11.3) | O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 (F4.1) | O quanto você aproveita a vida ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 (F24.2) | Em que medida você acha que sua vida tem sentido ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 (F5.3) | O quanto você consegue se concentrar ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 (F16.1) | Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 (F22.1) | Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos) ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

| | | nada | Muito pouco | médio | Muito | Completamente |
|------------|--|------|-------------|-------|-------|---------------|
| 10 (F2.1) | Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 (F7.1) | Você é capaz de aceitar sua aparência física ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 (F18.1) | Voce tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 (F20.1) | Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 (F21.1) | Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

| | | Muito ruim | Ruim | Nem ruim nem bom | Bom | Muito bom |
|-----------|---|------------|------|------------------|-----|-----------|
| 15 (F9.1) | Quão bem você é capaz de se locomover ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | Muito insatisfeito | insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | Muito satisfeito |
|------------|---|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 16 (F3.3) | Quão satisfeito(a) você esta com seu sono? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 (F10.3) | Quão satisfeito(a) você esta com sua capacidade de desempenhar atividades do seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 (F12.4) | Quão satisfeito(a) você esta com sua capacidade para o | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|---------------|--|---|---|---|---|---|
| | trabalho? | | | | | |
| 19 (F6.3) | Quão satisfeito(a) você esta consigo mesmo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 (F13.3) | Quão satisfeito(a) você esta com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 (F15.3) | Quão satisfeito(a) você esta com sua vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|----------------|---|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| | | Muito insatisfeito | insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | Muito satisfeito |
| 22 (F14.4) | Quão satisfeito(a) você esta como apoio que você recebe de seus amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 (F17.3) | Quão satisfeito(a) você esta com as condições do local onde mora? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 (F19.3) | Quão satisfeito(a) você esta com seu acesso aos serviços de saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 (F.23.3) | Quão satisfeito(a) você esta com o seu meio de transporte? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

| | | | | | | |
|--------------|---|-------|---------------|----------------|----------------------|--------|
| | | Nunca | Algumas vezes | Frequentemente | Muito frequentemente | Sempre |
| 26 (F8.1) | Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? _____

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? _____

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

ANEXO B – Passos para sintaxe e tratamento estatístico dos quatro domínios e geral do WHOQOL – bref no programa SPSS.

STEPS FOR CHECKING AND CLEANING DATA AND COMPUTING DOMAIN SCORES FOR THE WHOQOL-BREF

(prepared by Alison Harper and Mick Power on behalf of the WHOQOL Group)

| Steps | SPSS syntax for carrying out data checking, cleaning and computing total scores |
|--|--|
| Check all 26 items from assessment have a range of 1-5 | <pre>RECODE Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q15 Q16 Q17 Q18 Q19 Q20 Q21 Q22 Q23 Q24 Q25 Q26 (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (ELSE=SYSMIS).</pre> <p>(This recodes all data outside the range 1-5 to system missing)</p> |
| Reverse 3 negatively phrased items | <pre>RECODE Q3 Q4 Q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1)</pre> <p>(This transforms negatively framed questions to positively framed questions)</p> |
| Compute domain scores | <pre>COMPUTE PHYS= MEAN.6(Q3,Q4,Q10,Q15,Q16,Q17,Q18)*4. COMPUTE PSYCH= MEAN.5(Q5,Q6,Q7,Q11,Q19,Q26)*4. COMPUTE SOCIAL=MEAN.2(Q20,Q21,Q22)*4. COMPUTE ENVIR=MEAN.6(Q8,Q9,Q12,Q13,Q14,Q23,Q24,Q25)*4.</pre> <p>(These equations calculate the domain scores. All scores are multiplied by 4 so as to be directly comparable with scores derived from the WHOQOL-100. The ".6" in "MEAN.6" specifies that 6 items must be endorsed for the domain score to be calculated.)</p> |
| Transform scores to 0-100 scale | <pre>COMPUTE PHYS=(PHYS-4)*(100/16). COMPUTE PSYCH=(PSYCH-4)*(100/16). COMPUTE SOCIAL=(SOCIAL-4)*(100/16). COMPUTE ENVIR=(ENVIR-4)*(100/16)</pre> |
| Delete cases with > 20% missing data | <pre>COUNT TOTAL=Q1 TO Q26 (1 THRU 5)</pre> <p>(This command creates a new column "total". "Total" contains a count of the WHOQOL-BREF items with values 1-5 that have been endorsed by each subject. The "Q1 TO Q26" means that consecutive columns from "Q1", the first item, to "Q26", the last item, are included in the count. It therefore assumes that data is entered in the order given in the assessment.)</p> <pre>SELECT IF (TOTAL>21). EXECUTE</pre> <p>(This second command selects only those cases where "total", the "total number" of items completed, is greater than or equal to 80%. It deletes the remaining cases from the dataset.)</p> |

ANEXO C – Folheto da UAI com as principais informações sobre a instituição: endereço, telefone, atividades oferecidas e documentos necessários para fazer cadastro.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA
Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social - SEDS
Departamento de Desenvolvimento Humano
Seção de Apoio a Terceira Idade



UNIDADE DE ATENÇÃO AO IDOSO - UAI
Av. Leopoldino de Oliveira 1254 Parque do Mirante 3312-6415

ATIVIDADES OFERECIDAS

| | |
|---------------------|----------------|
| Jogos de mesa | Artesanato |
| Baile | Bateria |
| Corpo de Baile | Catira |
| Canto e coral | Serviço social |
| Alfabetização | Psicologia |
| Terapia ocupacional | Fisioterapia |

As atividades físicas abaixo necessitam de atestado de saúde emitido por médico. O atestado de saúde deve constar em seu texto qual das atividades o idoso pode praticar, sendo disponibilizado:

| | |
|----------------|---------------|
| Hidroginástica | Ginástica |
| Natação | Musculação |
| Dança de salão | Dança country |

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA FAZER O CADASTRO E COMEÇAR A FREQUENTAR A UAI:

- Duas fotos 3x4 recente
- Carteira de identidade
- CPF
- Comprovante de residência – CEMIG
- Número de telefone da residência
- Número de telefone para recado

Idade mínima 55 anos completos conforme o documento de identidade ou CPF

De 2ª a 6ª de 8 às 17 horas

Venha para a UAI, você merece ser feliz!!!

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de consentimento e esclarecido

**UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA – UNIMEP
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE– FACIS
MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

As informações abaixo relacionadas estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com a de outros participantes da pesquisa, sendo garantido o sigilo das informações obtidas durante o trabalho. Todos os dados e resultados serão utilizados somente para a pesquisa.

Justificativa: A presença do idoso se mostra cada vez mais à sociedade, principalmente do sexo feminino, fazendo necessário estudos e políticas públicas que possam beneficiar a Qualidade de Vida. Em Uberaba através das Secretarias Municipais de Desenvolvimento Social, Esporte e Lazer e Saúde existem diversos programas para idosos, dentre esses destacamos os que estão ligados ao exercício físico. No entanto muitos dos idosos atendidos e devidamente cadastrados não desfrutam dos programas dos exercícios físicos, surgindo-nos a seguinte questão: Há diferença na concepção de Qualidade de Vida entre as praticantes e não praticantes de exercícios físicos? Pretendemos a partir das respostas desta questão subsidiar a relevância dos exercícios físicos na construção da Qualidade de Vida para as pessoas que desfrutam e trabalham nos programas de exercícios físicos para idosos realizados pelo poder público e sociedade em geral.

Objetivo: Investigar a concepção de Qualidade de Vida para mulheres acima de 60 anos praticantes ou não de exercícios físicos, atendidas nos programas das Secretarias Municipais de Desenvolvimento Social, Esporte e Lazer e Saúde de Uberaba

Metodologia: Para coleta de dados será realizada aplicação de questionários com as idosas para verificar se há diferença na concepção de qualidade de vida entre as praticantes e não praticantes de exercícios físicos e para constatar convergências e ou divergências entre a teoria estudada e a prática.

Acompanhamento e assistência: O voluntário participante será acompanhado pelo pesquisador, sendo que toda e qualquer dúvida sobre o projeto poderá ser esclarecida por Carlos Alberto de Queiroz Junior, no telefone (34) 99117218 ou pelo e-mail: carlos_alberto@cesube.edu.br ou jope5@terra.com.br

Privacidade dos sujeitos: O pesquisador assegura que será mantido sigilo em relação às informações obtidas, mantendo assim, a privacidade dos participantes.

Desistência: O voluntário da pesquisa terá liberdade de desistir da participação deste estudo, em qualquer momento, mesmo se o trabalho se encontrar em fase final.

Desconfortos ou riscos: Esta pesquisa não apresenta qualquer risco a integridade física e/ou emocional do participante.

Ressarcimento e indenização: Não há despesas pessoais para a participação neste estudo, assim como não há compensação financeira, pois a pesquisa não sugere danos nem ônus aos participantes.

Se houver algum dano a você, causado diretamente pelos procedimentos deste estudo, você será indenizado pela Universidade Metodista de Piracicaba.

Este documento está impresso em duas vias, sendo que uma ficará com o pesquisador responsável e a outra será entregue a você.

Devido às informações que me foram apresentadas e esclarecidas, referentes aos procedimentos da pesquisa:

Eu..... residente à
Rua..... n.º.....,
bairro..... da cidade de Uberaba/Mg , declaro que concordo em participar como voluntário(a) no projeto intitulado como “**SIGNIFICADO DE QUALIDADE DE VIDA PARA MULHERES ACIMA DE 60 ANOS PRATICANTES E NÃO PRATICANTES DE EXERCÍCIOS FÍSICOS**”.

De minha parte, garanto o meu compromisso de, enquanto estiver participando do trabalho, seguir as orientações recebidas e assim garantir a confiabilidade dos resultados da pesquisa.

Piracicaba, de de 2008

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura do responsável pela pesquisa: _____

Professora responsável orientadora: Prof.^a Dr.^a Regina Maria Rovigatti Simões

Rua: Voluntários de Piracicaba, 1170, ap. 131, bairro: Centro. Cidade: Piracicaba-SP.

Telefone: (19) 3433.2845 – E-mail: rrsimoes@unimep.br

Professor responsável pesquisador: Prof. Carlos Alberto de Queiroz Junior

Rua: Afonso Rato, 1182, bairro: Mercês. Cidade: Uberaba-Mg. Telefone: (34) 9911 7218 – E-

mail: carlos_alberto@cesube.edu.br ou jope5@terra.com.br

Apêndice B – Questionário de dados pessoais

UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA – UNIMEP

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACIS / MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

QUESTIONÁRIO DADOS PESSOAIS

Data: ___/___/___

SIGNIFICADO DE QUALIDADE DE VIDA PARA MULHERES ACIMA DE 60 ANOS PRATICANTES E NÃO PRATICANTES DE EXERCÍCIOS FÍSICOS”.

Aluno pesquisador: Prof. Carlos Alberto de Queiroz Junior / Orientadora: Doutora Regina Simões.

1. DADOS PESSOAIS:

1.1 NOME: _____

1.2 Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____

1.3 Sexo: () Masculino () feminino

2. Estado civil:

() Solteiro (a) | () Viúvo (a)
() Separado (a) / Divorciado (a) | () Casado (a)/vivendo com parceiro(a).

3. Residência:

Mora sozinho (a)? () Sim () Não.

SE NÃO: *Com quem?* _____.

4. Qual é sua escolaridade?

() não sabe ler | () colegial incompleto (2º grau)
() Primário incompleto (1ª a 4ª série) | () colegial completo
() Primário completo | () superior incompleto (faculdade)
() Ginásio incompleto (5ª a 8ª série) | () superior completo.
() Ginásio completo

5. Sobre aposentadoria:

() É aposentado (a) () Não é aposentado (a).

6. Sua profissão é (ou foi)?

() Professor (a) | () Vendedor (a) | () Secretária
() Operário (a) | () Enfermeiro (a) | () Bancário (a)
() Prof. de Ed. Física | () Advogado (a) | () Lavrador (a)
() Comerciante | () Doméstica

() Outra. Especifique: _____.

7. Renda Pessoal: em número de salários mínimos

() sem rendimento () Até 1 () + de 1 a 2 () + de 2 a 3 () + de 3 a 5 () + de 5

Valor salário mínimo: R\$ 415,00

8. Nos últimos 2 anos, você teve ou têm problema de saúde relacionado à:

() Estresse | () no pulmão “pulmonar”
() Visão | () Nos músculos, tendões,
() Surdez | *articulações (juntas), nervos,*
() Depressão | *tais como: hérnia de disco,*
() Hipertensão “Pressão | *artrose, gota, lombalgia,*
alta” | *tendinites, etc.*
() Câncer | () Colesterol elevado.
() Insônia
() Coluna
() Diabetes
() No coração “cardíaca”
() No fígado “hepática”

() Outro (s). Especifique: _____

9. Você depende de alguém para realizar as atividades da vida diária?) Sim.

() não dependo de ninguém.

Se sim, responda:

() Não dependo de ninguém

() Atividades de cuidados básicos (tomar banho, vestir-se, levantar-se e sentar-se, caminhar a uma pequena distância)

() Atividades instrumentais da vida diária (cozinhar, limpar a casa, fazer compras, jardinagem)

() Deslocar-se para locais fora do lar (supermercado, praças de lazer, hospitais, instituições religiosas, educacionais e sociais.)

() Outras: _____

10. Você é cadastrado em algumas das unidades e/ou serviços municipais?

() Sim. : () Não

Se Sim, responda abaixo:

() Unidade de Atenção ao Idoso “UAI” (Secretaria de Desenvolvimento Social)

() Ginástica Orientada (Secretaria de Esporte e Lazer)

() Secretaria de Desenvolvimento Social

() Secretaria de Saúde

() Outras Secretarias Municipais . Qual? _____

11. Você participa de algum programa de exercícios físicos regularmente?

() Sim () Não.

Se sim: Qual? _____ Local? _____.

Com que frequência a realiza? _____ vezes por semana.

Quanto tempo? _____ em minutos

Faz quanto tempo que pratica exercício físico: _____

12. Se você participa de exercícios físicos regularmente responda: Quais foram os seus objetivos ao procurar uma prática de exercícios físicos?

() estética

() aprendizagem

() condição física

() terapêutico por indicação médica

() lazer

() convívio social

() outros _____

13. Se você participa de exercícios físicos regularmente, responda: Alguma mudança foi percebida em sua qualidade de vida após a prática regular de exercício físico?

() Sim () Não

Se sim: Qual(s)? _____

14. Você participa de alguma atividade de lazer e/ou terapêutica? artes manuais, pintura em tela e tecido, bordado, tear, grupos de canto/coral, bateria, terapia Ocupacional, bailes dançantes, outros.

() Sim. () Não.

Se sim: Qual(s)? _____

Local? _____.

Com que frequência a realiza? _____ vezes por semana.

Quanto tempo? _____ em minutos

Assinatura: _____

APÊNDICE C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



CEP-UNIMEP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIFICADO

Certificamos que o Projeto de pesquisa intitulado "*Significado de qualidade de vida para mulheres acima de 60 anos praticantes e não praticantes de exercícios físicos*", sob o protocolo nº 39/08, da Pesquisadora *Prof. Dra. Regina Maria Rovigati Simões*, está de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 10/10/1996, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – UNIMEP.

We certify that the research project with title "*Meaning of the quality of life for women in their 60 and above who do and do not exercise*", protocol nº 39/08, by Researcher *Prof. Dra. Regina Maria Rovigati Simões*, is in agreement with the Resolution 196/96 from Conselho Nacional de Saúde/MS and was approved by the Ethical Committee in Research at the Methodist University of Piracicaba – UNIMEP.

Piracicaba, SP, Brazil, 25, february, 2008.

Profª. Drª. Telma Regina de P. Souza
Coordenadora CEP - UNIMEP

APÊNDICE D – Quadro com as unidades de significado formadas após a análises dos indicadores da pergunta 13 “*Alguma mudança foi percebida em sua qualidade de vida após a prática regular de exercício físico?*”.

| Idosos | Unidades de significado | | | | | |
|--------|-------------------------|-------------------------|-----------------------------|--------------------------|------------------|------------------------------|
| | benefícios físicos | benefícios psicológicos | benefícios relações sociais | benefícios meio ambiente | benefícios saúde | benefícios Qualidade de Vida |
| 1 | x | x | | | | |
| 2 | x | | | | | |
| 3 | x | x | | | | |
| 4 | | | | | x | |
| 5 | x | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | x | x | | | | |
| 8 | | | | | x | |
| 9 | x | x | | | | |
| 10 | x | x | | | | |
| 11 | | | | | x | |
| 12 | x | | | | | |
| 13 | | | | | x | |
| 14 | | | x | | | |
| 15 | x | x | | | | |
| 16 | x | | | | | |
| 17 | x | x | | | | |
| 18 | x | | | | | |
| 19 | x | | x | | | |
| 20 | x | x | | | | |
| 21 | | | | | x | |
| 22 | x | | | | | |
| 23 | | x | | | | |
| 24 | | x | | | | |
| 25 | | x | | | | |
| 26 | | x | | | | |
| 27 | | x | | | | |
| 28 | x | | | | | |
| 29 | | | | | x | |
| 30 | | | | | x | |
| 31 | x | | | | | |
| 32 | x | x | | | | |
| 33 | | | | | | |
| 34 | | | x | | | |
| 35 | x | x | | | | |
| 36 | | | | | x | |
| 37 | x | x | | | | |
| 38 | x | | | | | |
| 39 | | | | | x | |
| 40 | | x | | | x | |
| 41 | | x | | | x | |
| 42 | | x | | | | |
| 43 | | x | | | | |

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 44 | | x | | | | |
| 45 | x | | | | | |
| 46 | x | | | | | |
| 47 | | | | | x | |
| 48 | | | x | | | |
| 49 | x | x | | | | |
| 50 | | | | | | |
| 51 | | x | | | | |
| 52 | x | | | | | |
| 53 | x | | | | | |
| 54 | | x | | | | |
| 55 | x | | | | | |
| 56 | | x | | | | |
| 57 | | x | | | x | |
| 58 | x | | | | x | |
| 59 | | | x | | | |
| 60 | x | | x | | x | |
| 61 | | | x | | x | |
| 62 | | | x | | x | |
| 63 | x | | x | | x | |
| 64 | | x | | | x | |
| 65 | x | | | | | |
| 66 | | | | | | |
| 67 | x | | | | | |
| 68 | x | x | | | | |
| 69 | | | | | x | |
| 70 | x | x | | | | |
| 71 | | | | | x | |
| 72 | | | | | | |
| 73 | x | x | | | | |
| 74 | | | | | x | |
| 75 | | x | | | | |
| 76 | | x | | | x | |
| 77 | | | | | | x |
| 78 | | x | | | | |
| 79 | | | | | | x |
| 80 | | x | | | | |
| 81 | | x | | | | |
| 82 | | | x | | | |
| 83 | | | x | x | x | |
| 84 | | | x | | x | |
| 85 | | | x | | x | |
| 86 | x | | | | x | |
| 87 | x | x | | | | |
| 88 | | x | x | | | |
| 89 | x | | | | | |
| 90 | | x | | | | |
| 91 | x | x | | | | |
| 92 | | | | | | x |
| 93 | x | | | | | x |
| 94 | | | | | x | |
| 95 | x | x | | | x | |

| | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|
| 96 | | x | x | | x | |
| 97 | x | | | | | |
| 98 | x | | | | | |
| 99 | x | | | | | |
| 100 | | | | | x | |
| 101 | | | | | x | |
| 102 | | | | | x | |
| 103 | | | | | | |
| 104 | | x | | | | |
| 105 | | | x | | | x |
| 106 | | | | | x | |
| 107 | | | | | x | |
| 108 | | | | | | |
| 109 | | x | | | | |
| 110 | x | | | | | |
| 111 | x | | | | x | |
| 112 | | x | | | x | |
| 113 | x | | | | | |
| 114 | | x | | | | |
| 115 | | x | | | | |
| 116 | x | | | | | |
| 117 | | x | | | | |
| 118 | | x | | | | |
| 119 | | x | | | | |
| 120 | x | | | | | |
| 121 | | | | | | |
| 122 | x | | | | | |
| 123 | x | x | | | | |
| 124 | | | | | | |
| 125 | | | | | x | |
| 126 | x | | | | | |
| 127 | x | | | | | |
| 128 | x | | | | | |
| 129 | x | | | x | | |
| 130 | x | x | | | | |
| 131 | x | | | | | |
| 132 | x | | | x | | |
| 133 | x | | x | | | |
| 134 | | x | | | | |
| 135 | | | x | | x | |
| 136 | x | | | | | |
| 137 | | | | | | |
| 138 | | x | | | | |
| 139 | x | | | | | |
| 140 | x | | | | | |
| 141 | x | x | | | x | |
| 142 | x | | | | | |
| 143 | x | | | | | |
| 144 | x | x | | | | |
| 145 | | x | | | | |
| 146 | x | | | | | |
| 147 | x | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|
| 148 | | x | x | | | |
| 149 | | x | | | | |
| 150 | | x | | | | |
| 151 | | x | | | | |
| 152 | | | | | | |
| 153 | x | x | | | | |
| 154 | x | | | | | |
| 155 | x | | | | | |
| 156 | x | | | | | |
| 157 | | x | | | | |
| 158 | x | | | | | |
| 159 | x | | | | | |
| 160 | | | | | | |
| 161 | x | x | | | | |
| 162 | x | | | | | |
| 163 | | x | | | | |
| 164 | | x | | | | |
| 165 | x | | | | | |
| 166 | x | | | | | |
| 167 | x | | | | | |
| 168 | x | | | | | |
| 169 | x | | | | | |
| 170 | x | x | | | | |
| 171 | | | | | | |
| 172 | x | | | | | |
| 173 | | | | | | |
| 174 | x | | | | | |
| 175 | x | | | | | |
| 176 | | x | | | | |
| 177 | x | | | | | |
| 178 | | | | | | |
| 179 | | x | | | | |
| 180 | | x | | | | |
| 181 | | | | | | |
| 182 | | x | | | | |
| 183 | x | | | | | |
| 184 | | | | x | | |
| 185 | | | | | | |
| 186 | x | | | | | |
| 187 | | x | | | | |
| 188 | | | | | x | |
| 189 | | | | | x | |
| 190 | x | x | | | | |
| 191 | x | | | | | |
| 192 | | | | | x | |
| 193 | | | | | x | |
| 194 | | | | | | x |
| 195 | | x | | x | | |
| 196 | x | | | | | |
| 197 | | x | | | | |
| 198 | x | | | | | |
| 199 | | x | | | x | |

| | | | | | | |
|-------|-----|----|----|---|----|---|
| 200 | | x | | | | |
| 201 | | | | | | |
| 202 | | x | | | x | |
| 203 | | | | | x | |
| 204 | x | x | | | | |
| 205 | | | | | | x |
| 206 | | | | | x | |
| 207 | | x | | | | |
| 208 | x | | | | | |
| 209 | x | | | | | |
| 210 | x | | | | | |
| 211 | | | | | x | |
| 212 | | x | x | | | |
| 213 | | | | | | |
| 214 | | | | | | |
| 215 | x | x | | | | |
| 216 | x | | | | | |
| 217 | | | | | x | x |
| 218 | | x | | | | |
| 219 | x | | | | | |
| 220 | | x | | | | |
| 221 | x | | | | | |
| 222 | | | | | | x |
| 223 | x | | | | | |
| 224 | x | | | | | |
| 225 | x | | | | | |
| 226 | x | | x | | | |
| 227 | x | | | | | |
| 228 | x | | | | | |
| 229 | x | | | | | |
| 230 | x | | | | | |
| 231 | | x | | | | |
| 232 | x | | | | | |
| total | 108 | 85 | 21 | 5 | 52 | 9 |

Obs.: 15 idosas não relataram nenhuma melhora percebida

APENDICE E – Tabelas do WHOQOL bref nas IPRAE E INPRAE por faixa etária, número de modalidades de exercícios físicos praticados e quantidade por semana de frequência nos programas de exercícios físicos.

Tabela 18 Associação da amostra das idosas não praticantes de exercícios físicos (INPRAE) e praticantes de exercícios físicos (IPRAE) na faixa etária de 60 a 69 anos

| | Não praticantes de exercícios físicos | | | | | Praticantes de exercícios físicos | | | | |
|--------------|---------------------------------------|-------------|-------------|---------|-------------|-----------------------------------|-------------|-------------|-------------|---------|
| | Físico | Psico | Social | Amb. | Geral | Físico | Psico | Social | Amb. | Geral |
| N | 142 | 142 | 142 | 142 | 142 | 146 | 146 | 146 | 146 | 146 |
| Média | 65.09 05 | 68.01 64 | 68.77 93 | 54.1593 | 65.05 28 | 72.45 60 | 73.20 21 | 71.00 46 | 61.408 4 | 75.5137 |
| md | 66.07 14 | 70.83 33 | 66.66 67 | 53.1250 | 62.50 00 | 75.00 00 | 75.00 00 | 75.00 00 | 62.500 0 | 75.0000 |
| DP | 19.54 02 | 16.55 21 | 17.48 68 | 16.5850 | 20.65 73 | 14.66 23 | 14.96 25 | 16.35 39 | 15.556 3 | 15.3884 |
| Mín. | 17.86 | 12.50 | 16.67 | 12.50 | .00 | 14.29 | 30.00 | 16.67 | 25.00 | 25.00 |
| Max. | 100.0 0 | 100.0 0 | 100.0 0 | 93.75 | 100.0 0 | 100.0 0 | 100.0 0 | 100.0 0 | 96.88 | 100.00 |
| P 25 | 53.57 14 | 58.33 33 | 58.33 33 | 43.7500 | 50.00 00 | 64.28 57 | 66.66 67 | 66.66 67 | 52.343 8 | 62.5000 |
| P 50 | 66.07 14 | 70.83 33 | 66.66 67 | 53.1250 | 62.50 00 | 75.00 00 | 75.00 00 | 75.00 00 | 62.500 0 | 75.0000 |
| P 75 | 78.57 14 | 79.16 67 | 83.33 33 | 65.6250 | 75.00 00 | 82.14 29 | 83.33 33 | 83.33 33 | 71.875 0 | 87.5000 |

Domínio físico; Psico= domínio psicológico; Social= domínio relações sociais; Amb.= domínio meio ambiente; Geral= Qualidade de Vida geral; md= mediana, DP = desvio padrão; Mín= valor máximo; max = valor máximo; P 25= percentis de 25; P 50= percentis 50; percentis 75.

Tabela 19. Associação da amostra das idosas não praticantes de exercícios físicos (INPRAE) e praticantes de exercícios físicos (IPRAE) na faixa etária de 70 a 79 anos e os domínios da qualidade de vida

| | Não praticantes de exercícios físicos | | | | | Praticantes de exercícios físicos | | | | |
|--------------|---------------------------------------|-------------|-------------|---------|-------------|-----------------------------------|-------------|-------------|---------|---------|
| | Físico | Psico | Social | Amb. | Geral | Físico | Psico | Social | Amb. | Geral |
| N | 71 | 71 | 71 | 71 | 71 | 77 | 77 | 77 | 77 | 77 |
| Média | 62.07 24 | 68.66 20 | 69.13 15 | 56.1180 | 65.84 51 | 71.98 52 | 74.08 01 | 74.891 8 | 62.7029 | 74.0260 |
| md | 60.71 43 | 70.83 33 | 66.66 67 | 56.2500 | 75.00 00 | 71.42 86 | 75.00 00 | 75.000 0 | 62.5000 | 75.0000 |
| DP | 18.31 42 | 14.49 99 | 17.38 88 | 15.6378 | 17.15 97 | 14.19 22 | 11.97 02 | 13.950 5 | 13.8678 | 15.8070 |
| Mín. | 17.86 | 29.17 | 25.00 | 18.75 | 12.50 | 28.57 | 41.67 | 16.67 | 37.50 | 25.00 |
| Max. | 100.0 0 | 100.0 0 | 100.0 0 | 100.00 | 100.0 0 | 100.0 0 | 95.83 | 100.00 | 100.00 | 100.00 |
| P 25 | 50.00 00 | 58.33 33 | 58.33 33 | 46.8750 | 50.00 00 | 64.28 57 | 66.66 67 | 66.666 7 | 51.5625 | 62.5000 |
| P 50 | 60.71 43 | 70.83 33 | 66.66 67 | 56.2500 | 75.00 00 | 71.42 86 | 75.00 00 | 75.000 0 | 62.5000 | 75.0000 |
| P 75 | 75.00 00 | 75.00 00 | 83.33 33 | 62.5000 | 75.00 00 | 82.14 29 | 83.33 33 | 83.333 3 | 70.3125 | 87.5000 |

Físico= domínio físico; Psico= domínio psicológico; Social= domínio relações sociais; Amb.= domínio meio ambiente; Geral= Qualidade de Vida geral; md= mediana, DP = desvio padrão; Mín= valor máximo; max = valor máximo; P 25= percentis de 25; P 50= percentis 50; percentis 75.

Tabela 20 Associação da amostra das idosas não praticantes de exercícios físicos (INPRAE) e praticantes de exercícios físicos (IPRAE) para as mulheres na faixa etária de 80 ou mais e os domínios da qualidade de vida

| | Não praticantes de exercícios físicos | | | | | Praticantes de exercícios físicos | | | | |
|--------------|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | Físico | Psico | Social | Amb. | Geral | Físico | Psico | Social | Amb. | Geral |
| N | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| Média | 63.9 098 | 72.3 684 | 75.8 772 | 58.059 2 | 75.6 579 | 76.5 873 | 78.7 037 | 78.70 37 | 70.486 1 | 75.000 0 |
| md | 64.2 857 | 79.1 667 | 75.0 000 | 59.375 0 | 75.0 000 | 71.4 286 | 79.1 667 | 83.33 33 | 68.750 0 | 75.000 0 |
| DP | 19.4 122 | 15.4 167 | 18.8 182 | 14.816 4 | 15.2 944 | 11.7 248 | 9.18 66 | 13.24 92 | 8.5740 | 8.8388 |
| Mín. | 28.5 7 | 41.6 7 | 41.6 7 | 21.88 | 50.0 0 | 60.7 1 | 62.5 0 | 50.00 | 56.25 | 62.50 |
| Max. | 100. 00 | 95.8 3 | 100. 00 | 84.38 | 100. 00 | 96.4 3 | 91.6 7 | 91.67 | 84.38 | 87.50 |
| P 25 | 53.5 714 | 58.3 333 | 66.6 667 | 50.000 0 | 62.5 000 | 69.6 429 | 72.9 167 | 70.83 33 | 64.062 5 | 68.750 0 |
| P 50 | 64.2 857 | 79.1 667 | 75.0 000 | 59.375 0 | 75.0 000 | 71.4 286 | 79.1 667 | 83.33 33 | 68.750 0 | 75.000 0 |
| P 75 | 78.5 714 | 83.3 333 | 91.6 667 | 68.750 0 | 87.5 000 | 87.5 000 | 85.4 167 | 87.50 00 | 76.562 5 | 81.250 0 |

Físico= domínio físico; Psico= domínio psicológico; Social= domínio relações sociais; Amb.= domínio meio ambiente; Geral= Qualidade de Vida geral; md= mediana, DP = desvio padrão; Min= valor máximo; max = valor máximo; P 25= percentis de 25; P 50= percentis 50; percentis 75.

Tabela 21 - Associação da amostra das idosas praticantes de exercícios físicos (IPRAE) de acordo com o número de modalidades praticadas e os domínios da qualidade de vida

| | Praticantes de exercícios físicos de 1 modalidade | | | | | Praticantes de exercícios físicos de 2 ou mais modalidades | | | | |
|--------------|---|-------------|-------------|-------------|-------------|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | físico | Psico | social | Amb. | Geral | físico | Psico | Social | Amb. | Geral |
| N | 94 | 94 | 94 | 94 | 94 | 138 | 138 | 138 | 138 | 138 |
| Média | 72.37 84 | 75.26 60 | 71.89 72 | 60.77 13 | 74.20 21 | 72.80 02 | 72.97 71 | 73.24 88 | 63.11 14 | 75.63 41 |
| md | 71.42 86 | 77.08 33 | 75.00 00 | 60.93 75 | 75.00 00 | 73.21 43 | 75.00 00 | 75.00 00 | 62.50 00 | 75.00 00 |
| DP | 15.29 80 | 12.07 94 | 16.21 17 | 16.09 58 | 15.53 36 | 13.81 07 | 15.00 40 | 15.08 47 | 13.95 94 | 15.20 26 |
| Mín. | 14.29 | 33.33 | 16.67 | 25.00 | 25.00 | 28.57 | 30.00 | 33.33 | 25.00 | 25.00 |
| Max. | 100.0 0 | 100.0 0 | 100.0 0 | 100.0 0 | 100.0 0 | 100.0 0 | 95.83 | 100.0 0 | 96.88 | 100.0 0 |
| P 25 | 64.28 57 | 66.66 67 | 66.66 67 | 50.00 00 | 62.50 00 | 64.28 57 | 66.66 67 | 66.66 67 | 53.12 50 | 62.50 00 |
| P 50 | 71.42 86 | 77.08 33 | 75.00 00 | 60.93 75 | 75.00 00 | 73.21 43 | 75.00 00 | 75.00 00 | 62.50 00 | 75.00 00 |
| P 75 | 82.14 29 | 83.33 33 | 83.33 33 | 71.87 50 | 87.50 00 | 82.14 29 | 83.33 33 | 83.33 33 | 71.87 50 | 87.50 00 |

Físico= domínio físico; Psico= domínio psicológico; Social= domínio relações sociais; Amb.= domínio meio ambiente; Geral= Qualidade de Vida geral; md= mediana, DP = desvio padrão; Min= valor máximo; max = valor máximo; P 25= percentis de 25; P 50= percentis 50; percentis 75.

Tabela 22 - Associação da amostra das idosas praticantes de exercícios físicos (IPRAE) com número de vezes/semana de exercícios físicos e os domínios da qualidade de vida

| | 2 x por semana | | | | | 3 x por semana | | | | | 4 x ou mais | | | | |
|------------------|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | DFI S | DPS | DS | DA. | G | DFI S | DPS | DS | DA. | G | DFI S | DPS | DS | DA. | G |
| N | 141 | 141 | 141 | 141 | 141 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 59 | 59 | 59 | 59 | 59 |
| Med ia | 71.5 299 | 73.5 225 | 71.1 584 | 61.0 151 | 75.3 546 | 76.8 398 | 77.7 778 | 77.0 202 | 63.8 258 | 76.8 939 | 72.0 339 | 71.8 220 | 73.5 876 | 63.7 712 | 73.0 932 |
| Md | 71.4 286 | 75.0 000 | 75.0 000 | 62.5 000 | 75.0 000 | 78.5 714 | 79.1 667 | 75.0 000 | 65.6 250 | 75.0 000 | 71.4 286 | 75.0 000 | 75.0 000 | 62.5 000 | 75.0 000 |
| DP | 14.1 379 | 13.4 199 | 15.4 790 | 14.7 315 | 14.0 902 | 14.5 927 | 10.3 470 | 15.5 945 | 17.0 096 | 15.3 479 | 14.5 776 | 16.0 321 | 15.4 089 | 13.9 527 | 17.8 012 |
| Mí n. | 14.2 900 | 4.17 000 | 16.6 700 | 25.0 000 | 37.5 000 | 28.5 700 | 45.8 300 | 41.6 700 | 34.3 800 | 37.5 000 | 32.1 400 | 30.0 00 | 41.6 700 | 25.0 000 | 25.0 000 |
| Ma x. | 100. 000 | 100. 000 | 100. 000 | 100. 000 | 100. 000 | 100. 000 | 95.8 30 | 100. 000 | 100. 000 | 100. 000 | 100. 000 | 95.8 300 | 100. 000 | 96.8 800 | 100. 000 |
| P 25 | 64.2 857 | 66.6 667 | 66.6 667 | 51.5 625 | 62.5 000 | 67.8 571 | 70.8 333 | 66.6 667 | 50.0 000 | 68.7 500 | 64.2 857 | 62.5 000 | 66.6 667 | 56.2 500 | 62.5 000 |
| P 50 | 71.4 286 | 75.0 000 | 75.0 000 | 62.5 000 | 75.0 000 | 78.5 714 | 79.1 667 | 75.0 000 | 65.6 250 | 75.0 000 | 71.4 286 | 75.0 000 | 75.0 000 | 62.5 000 | 75.0 000 |
| P 75 | 78.5 714 | 83.3 333 | 83.3 333 | 70.3 125 | 87.5 000 | 85.7 143 | 83.3 333 | 91.6 667 | 71.8 750 | 87.5 000 | 82.1 429 | 83.3 333 | 83.3 333 | 71.8 750 | 87.5 000 |

Físico= domínio físico; Psico= domínio psicológico; Social= domínio relações sociais; Amb.= domínio meio ambiente; Geral= Qualidade de Vida geral; md= mediana, DP = desvio padrão; Min= valor máximo; max = valor máximo; P 25= percentis de 25; P 50= percentis 50; percentis 75.