



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE CARATINGA
Programa de Pós-Graduação Meio Ambiente e Sustentabilidade
Mestrado Profissional

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS ATIVOS E
SEDENTÁRIOS RESIDENTES NA CIDADE DE CARATINGA, MG**

LAURA APARECIDA LIMA MOREIRA

CARATINGA – MG
AGOSTO – 2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

LAURA APARECIDA LIMA MOREIRA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS ATIVOS E
SEDENTÁRIOS RESIDENTES NA CIDADE DE CARATINGA, MG**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Centro Universitário de Caratinga, como exigência do Programa de Mestrado em Meio Ambiente e Sustentabilidade para obtenção do título de *Magister scientiae*.

**CARATINGA – MG
AGOSTO – 2009**

LAURA APARECIDA LIMA MOREIRA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS ATIVOS E
SEDENTÁRIOS RESIDENTES NA CIDADE DE CARATINGA, MG**

Aprovado em: 04 de dezembro de 2009

Marcos Alves de Magalhães
(orientador)

Isabela Crespo Caldeira

Leopoldo Loreto Charmelo

Inês Cabanilha de Souza

**CARATINGA – MG
AGOSTO – 2009**

BIOGRAFIA

LAURA APARECIDA LIMA MOREIRA, filha de João Batista Moreira e de Ruth Lima de Araújo Moreira, nasceu em Caratinga, estado de Minas Gerais, no dia 25 de novembro de 1977.

Graduou-se em fisioterapia em dezembro do ano de 2003, no Centro Universitário de Caratinga (UNEC), Caratinga, MG.

No segundo semestre de 2007 iniciou o Programa de Pós Graduação “*Lato Sensu*” em Meio Ambiente e Sustentabilidade Mestrado Profissional, concluindo em novembro de 2009.

RESUMO

MOREIRA, Laura Aparecida Lima. Centro Universitário de Caratinga, agosto de 2009. **Avaliação da qualidade de vida de idosos ativos e sedentários residentes na cidade de Caratinga, MG.** Orientador: Prof. D.Sc. Marcos de Alves Magalhães. Co-orientador: Prof. D.Sc. Luciano José Minette.

Diante do intenso crescimento no número de idosos que vem ocorrendo em todo o mundo, é de fundamental importância o desenvolvimento de estudos para entender como o estilo de vida influencia na melhoria da qualidade de vida nessa população. Assim, o presente trabalho tem como objetivo geral avaliar subjetivamente se os idosos residentes na cidade de Caratinga que praticam exercícios físicos de lazer se consideram com melhor qualidade de vida em relação às pessoas da mesma faixa etária que adotam um estilo de vida sedentário. E especificamente verificar qual domínio (social, físico, ambiental e psicológico) é mais influenciado pela prática do exercício físico, no grupo de pessoas pesquisadas, e verificar também, se o gênero influencia na qualidade de vida. No desenvolvimento da pesquisa foram usados dois questionários. O primeiro denominado de WHOQOL-bref para avaliar a qualidade de vida da população estudada e o segundo é um questionário complementar para avaliar as características sócias demográficas e a prática do exercício físico dos idosos em estudo. A Organização Mundial de Saúde recomenda que a avaliação da qualidade de vida de uma população deve levar em consideração não só os aspectos objetivos, mas também subjetivos, contemplando a opinião dos indivíduos a cerca da satisfação com a qualidade de suas vidas. Comparando os dois grupos – ativos e sedentários – os resultados mostraram que os idosos que praticam exercício físico de lazer se consideram com melhor qualidade de vida em relação às pessoas da mesma faixa etária que adotam um estilo de vida sedentário. Com relação à variável gênero, essa não influenciou na percepção da qualidade de vida e o domínio mais influenciado pela prática do exercício físico foi o social, seguido do âmbito geral, psicológico, físico e ambiental. Concluiu-se que exercício físico de lazer influenciou na avaliação subjetiva da qualidade de vida individual da população avaliada e que domínio social foi dentre os domínios avaliados o mais influenciado pela prática do exercício físico, situação que pode ser atribuída ao

fato dos idosos perceberem o exercício físico muito mais como uma oportunidade de contatos do que a necessidade da prática do mesmo para a saúde física.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Exercício Físico; Idosos.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	9
2.1 Envelhecimento	9
2.2 Efeitos do exercício físico no processo de envelhecimento	13
2.3 Conceito de Qualidade de Vida	17
2.4 Qualidade de vida para os idosos	21
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	26
3.1 Tipo de Estudo.....	26
3.2 Questionários	26
3.3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	29
3.4 População de Estudo.....	29
3.5 Seleção da Amostra	30
3.6 Critério de Inclusão	30
3.7 Coleta de Dados.....	30
3.8 Processo de Tabulação dos Dados.....	31
4. RESULTADO E DISCUSSÃO.....	33
4.1 - Questionário Complementar	33
4.2 Questionário WHOQOL-bref.....	37
5. CONCLUSÃO.....	64
6. RECOMENDAÇÃO	65
7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	66
8. ANEXOS	78

1. INTRODUÇÃO

No período da Revolução Industrial, iniciaram-se as grandes descobertas tecnológicas e científicas, as quais trouxeram melhorias no saneamento básico, na alimentação, nas condições de habitação e na descoberta de novos medicamentos. Essas melhorias refletiram-se no declínio das taxas de fecundidade e das taxas de mortalidade, que conseqüentemente resultaram na longevidade do homem moderno (REICHERT, 2007).

Esse aumento da longevidade, fez com que um número cada vez maior de pessoas conseguisse atingir a terceira idade. Fato este, que pode ser comprovado segundo os dados apresentados pela Organização das Nações Unidas (ONU) que indica que um em cada dez pessoas no mundo atual tem 60 anos de idade ou mais e o Brasil não se excluem dessa realidade senil, pelo contrário, de acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2005) até o ano de 2025, o país terá 32 milhões de pessoas na fase da senescência, atingindo em termos absolutos o sexto lugar no ranque mundial com maior contingente de pessoas na maior idade (CHAIMOWICZ, 1997).

Com o expressivo crescimento do grupo etário em questão um intenso impacto na vida econômica, social e política do país vem ocorrendo. Isso por que, esta é uma classe da população que demanda maiores investimentos na seguridade social, na previdência e nos serviços de saúde. Assim países em desenvolvimento como o Brasil, que não se projetaram adequadamente para atender as reais necessidades dessa classe, põem em risco a saúde, a independência e a qualidade de vida (QV) dos anos que foram conquistados por este grupo etário (CHAIMOWICZ, 1997).

De acordo com Lebrão e Laurenti, (2005) o processo de envelhecimento também pode vir a comprometer a QV das pessoas da terceira idade, isto por que à medida que se envelhece tende a ocorrer modificações nos hábitos de vida e nas rotinas diárias, passando então, a ocupar-se de atividades pouco ativas que vão repercutir nos aspectos físicos, sociais, psicológicos e ambientais do ser humano. Provocando desta forma um declínio em todos os sistemas do organismo, que vão gerar apatia, auto desvalorização e insegurança.

Assim chegar a terceira idade e ter QV é algo ameaçado tanto pelo sistema público como pelo próprio processo de envelhecimento. Com isso cientistas nas mais diferentes áreas, ciente da importância da QV para as pessoas, tem buscado alternativas

de baixo custo e que possam intervir qualitativamente na quantidade de anos acrescentados ao homem. E dentre essas alternativas a que mais se destacou foi à prática regular do exercício físico, que de acordo com a literatura de Vitta (2000), essa prática além de reduzir ou amenizar os efeitos do envelhecimento, também favorece o desempenho das atividades rotineiras que vão melhorar a adaptação orgânica aos esforços físicos e a uma maior resistência às doenças e ao estresse emocional e ambiental, além também de promover a quebra da inércia e o aumento do convívio social, o qual vão se refletir em maior independência, autonomia e melhor condição de saúde, aumentando o senso de bem-estar e melhorando a qualidade de vida.

Desta forma, com a grande difusão dos benefícios dos exercícios físicos sendo preconizado pela mídia o número de grupos de atividade física tem se proliferado, por meio de iniciativas governamentais e não governamentais em todo o mundo, com o intuito de que a prática regular do exercício físico age positivamente na QV, porém pouco se sabe acerca da forma como esta população a encara. E é isso que propomos em nosso estudo, avaliar se as pessoas que praticam exercícios físicos de lazer se julgam com uma melhor QV. E diante dessa constatação, se faz importante a pesquisa, pois à medida que fica bem colocada a influência positiva do exercício físico na QV de pessoas idosas, ocorre um incentivo a outros idosos a iniciarem sua prática física, visto que grande parcela da população ainda permanece inativa. Pois é importante que o idoso incorpore, em seu modo de vida, hábitos saudáveis através de informações e conteúdos que sejam capazes de modificar e acrescentar atitudes favoráveis para a manutenção e prevenção de sua saúde física, mental e social.

Este trabalho tem como objetivo geral avaliar subjetivamente se os idosos que praticam exercício físico de lazer se consideram com melhor qualidade de vida em relação às pessoas da mesma faixa etária que adotam um estilo de vida sedentário. Especificamente pretende-se:

- Verificar quais dos domínios (social, físico, ambiental e psicológico) é mais influenciado pela prática do exercício físico, no grupo de pessoas pesquisadas.
- Verificar se o gênero influencia na qualidade de vida.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Envelhecimento

O envelhecimento é um dos grandes enigmas da vida. Além do nascimento e da morte, é talvez a única experiência que todo ser humano divide. O termo “envelhecimento” é usado para se referir a um processo ou conjuntos de processos que ocorrem em organismos vivos e que com o passar do tempo levam a uma perda de adaptabilidade, deficiência funcional e, finalmente à morte (SPIRDUSO, 2005).

De acordo com Carvalho Filho *et al.* (1994) a maioria dos gerontologistas define envelhecimento como a redução da capacidade de sobreviver. Esses mesmos autores descrevem que o envelhecimento pode ser conceituado como um processo dinâmico e progressivo onde há modificações tanto morfológicas como funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam progressiva perda de capacidade do indivíduo da adaptação ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte.

Segundo Zambrana (1991) envelhecer é um processo de degeneração biológica, que se manifesta de várias formas. Aparece muito antes daquilo que entendemos como velhice, tem uma evolução contínua e vem associado a outros males - uma limitação de capacidades de adaptação do indivíduo e, infelizmente, de um aumento das possibilidades de morrer. Verderi (2004) coloca que o envelhecimento é acompanhado de mudanças com grau de variação entre os indivíduos, onde ocorre uma regressão de funções e a diminuição da vulnerabilidade.

Ainda quanto ao aspecto conceitual Meirelles (1997) relata que o envelhecimento é a consequência de alterações, que os indivíduos demonstram, de forma característica, com progresso do tempo, da idade adulta até o fim da vida. Para esta autora o processo de envelhecimento pode ser classificado de duas maneiras, primeiramente o chamado senescência ou envelhecimento primário e a senilidade ou envelhecimento secundário. O envelhecimento primário seria o processo que se espera ocorrer naturalmente, onde existiria um limite natural biológico para o funcionamento orgânico, e alcançado esse limite máximo ocorreria o óbito. O conceito de envelhecimento secundário se refere ao envelhecimento natural acometido por algum

distúrbio, podendo ser ocasionado pelo surgimento de doenças ou por acidentes que seriam influências ambientais. O processo primário e secundário não pode ser distinguido facilmente, por existir uma forte associação entre esses fatores. As doenças e o estresse ambiental podem acelerar o processo básico/natural do envelhecimento, acarretando na maior vulnerabilidade desses indivíduos a esses agentes (SPIRDUSO, 1995).

De acordo com Martini (2001) não existe uma definição única de envelhecimento nem uma de quando se é ou não é idoso, ou seja, do quando se entra na terceira idade. No entanto, e apesar das diferentes categorizações por parte dos autores, a maioria situa o início da terceira idade, do “ser idoso”, aos 65 anos de idade cronológica (MELO E BARREIROS, 2002). Skinner (1989) reforça a idéia que a idade cronológica não coincide com a idade biológica devido às diferenças de funcionamento orgânico, podendo, por isso, apresentar diferenças de indivíduo para indivíduo. Contudo, ainda são muitos os autores que apontam os 65 anos como limite inferior para a terceira idade, mas em contrapartida, Carrol e Miller (1990) são da opinião que o fato de se atingir essa idade não significa obrigatoriamente que a pessoa tenha iniciado o processo de envelhecimento, apresentando conseqüentemente alterações a nível físico, psicológico ou social.

Irigaray (2006) reforça o exposto por Skinner (1989), ao relatar que envelhecer é uma experiência extremamente diversificada entre os indivíduos onde a variabilidade individual e os ritmos diferenciados de envelhecimento tendem a acentuar-se conforme as oportunidades e constrangimentos vigentes sob dadas condições socioeconômicas, culturais e históricas. Fernandes (2000) também coloca que o tempo exerce influência sobre toda a matéria viva, mas existem ritmos e diferenças significativas no processo do envelhecimento, pois de acordo com o mesmo autor, as diversas fases do ciclo vital são interdependentes, mas o programa de vida desenvolve-se numa sucessão de etapas – embrionária, infantil, crescimento, decrescimento ou envelhecimento – em que cada etapa prepara a seguinte.

O processo de envelhecimento do ser humano tem despertado a atenção de vários estudiosos e cientistas que desejam compreender as causas e os processos fundamentais do envelhecimento. A partir de então várias são as teorias que tentam explicar o mecanismo da gênese do envelhecimento celular, porém ainda não se têm uma explicação científica satisfatória para o porquê de tal acontecimento, apenas dezenas de teorias que tentam explicá-las. E dentre essas teorias, na opinião de

Rebelatto *et al.* (2004), a mais aceita, ainda em estudo, é a dos radicais livres, onde o corpo em certa etapa da vida perderia a capacidade de eliminá-los. Assim esses radicais livres quando produzidos pelo organismo e não eliminados, ficam em excesso e começam a oxidar – “enferrujar” – as células e a provocar a sua degeneração. O que permanece ainda pouco entendido é por que o corpo deixa de eliminar os radicais livres a partir de certo período. A determinação genética é uma das possibilidades, afirmam Powers e Hofland (1996) apud MARTINI (2001).

Com base no exposto pelos autores supracitados fica evidenciado que o processo de envelhecimento, vindas do campo da biologia molecular, ainda não são consensuais, porém mesmo com dificuldade de se entender o envelhecimento no seu campo celular, dados da literatura sublinham a nitidez do seu processo, que de acordo com Santos *et al.* (2004) ocasiona alterações consideráveis no indivíduo, nos quais são destacados os aspectos físicos, psicológicos e sociais, que de certa maneira um está relacionado com o outro e caminham juntos.

Weinecki (1991) comenta que com a chegada da velhice a alteração anatômica é a mais visível e se manifesta, em primeiro lugar, na pele que enruga e resseca, tornando-se quebradiça, pálida, perdendo o frescor e o brilho natural. Os cabelos embranquecem e caem com facilidade e não mais são substituídos, principalmente no homem. Devido ao enfraquecimento postural, o tronco vai inclinando-se, pouco a pouco, para frente e para baixo. As articulações tornam-se endurecidas, e, por conseguinte, se reduz as extensões dos movimentos, levando a diminuição da força muscular e do equilíbrio, que são responsáveis em grande parte pelo declínio na capacidade funcional.

Segundo Filho (1998), aos 60 anos nota-se uma diminuição da audição e da visão; aos 70 anos há uma diminuição do paladar, do olfato e do tato, em virtude da degeneração das terminações nervosas. O coração do indivíduo da terceira idade é uma bomba que funciona bem sob circunstância ordinária, mas que perdeu muito de sua reserva fisiológica. Os pulmões diminuem de volume e perdem elasticidade; o tipo respiratório é também modificado na terceira idade. O sistema nervoso não escapa à ação do tempo e, de modo geral, ocorre uma diminuição da atividade cerebral, deficiência e perda de neurônios, diminuindo o número de ramificações e conexões com os outros órgãos que inervam, diminuição dos reflexos da sensibilidade e da percepção corporal, diminuição da capacidade intelectual e alterações na atenção e etc.

Na perspectiva psicológica, Meirelles (1997) coloca que o modo como os idosos são vistos, ou tratados, e o fato de haver um declínio nas atividades que desenvolviam

anteriormente, contribuem significativamente para que eles percam a iniciativa, a motivação e a auto-estima. As características do envelhecimento psicológico envolvem a recusa da situação de velho, a perda da vontade de executar tarefas habituais, a perda da memória, algumas anomalias de caráter e afetividade e apresentação de conduta conservadora. Neri (2002) afirma que com o envelhecimento ocorre a redução da plasticidade comportamental, conceituada como a capacidade de se adaptar ao meio ambiente, através de novas aprendizagens; e a redução da resiliência, caracterizada pela capacidade de reagir, de recuperação aos efeitos causados por situações estressantes, como uma doença ou um trauma.

Com relação às alterações sociais, o envelhecimento tem como característica principal o isolamento social. Para Carstensen *et al.* (2000), a redução das interações sociais na velhice é explicada por três teorias: a teoria do afastamento, a teoria da atividade e a de trocas sociais. De acordo com a primeira, a redução do contato social ocorre a partir de um mecanismo adaptativo através do qual há uma dissociação recíproca entre indivíduo e sociedade. A segunda, teoria da atividade, é oposta à primeira, uma vez que diz que os idosos desejam manter contatos sociais, embora sejam prejudicados pelas barreiras impostas pela idade. A terceira, teoria das trocas sociais, aponta que as restrições que são impostas pela velhice causam uma diminuição na amplitude das relações sociais.

No entender de Sanz *et al.* (2002) e Goulding *et al.* (2003), essa classe madura (idosos) com tantas alterações no campo biopsicossocial vem se tornado maioria nas últimas décadas, de modo que a pirâmide da população vem sendo modificada em todo o mundo devido à combinação de fatores que pode ser, basicamente, resumida em uma diminuição da taxa de fecundidade e da taxa de mortalidade no adulto jovem com conseqüente aumento na expectativa de vida. Dessa forma ambos os fatores seriam determinantes de um aumento tanto em números absolutos quanto relativos da população de idosos

Para Pereira (2006) os idosos sempre foram exaltados pela sociedade com uma imagem de declínio e dependência, porém diante do aumento populacional que vem ocorrendo nos últimos anos uma nova visão mais distinta e atual se tem feito presente com relação à classe da maturidade. De acordo com Zaitune (2005) essa classe vem surgindo como uma nova possibilidade de se pensar em ser velho. Fato esse, que vem ocorrendo, por que os idosos estão em busca do equilíbrio entre as suas limitações e as suas potencialidades, se organizando em movimentos para que possam avançar

politicamente na discussão de seus direitos. Com isso a velhice começa a ser vista como uma representação coletiva, mesmo que de forma tímida, a mostrar outro estilo de vida para os idosos, que ao invés de ficarem em casa, isolados, saem em busca do lazer, saem para os bailes, para as viagens, os teatros, os bingos. Fazendo-se entender os seus potenciais e deixando a imagem negativa do envelhecimento para trás (MORAES, 2007).

2.2 Efeitos do exercício físico no processo de envelhecimento

Como foi abordado anteriormente, o envelhecimento traz alterações biológicas, psicológicas e sociais. No entanto essas alterações não podem ser tratadas como processos fechados e impossíveis de prevenir. O exercício físico pode reverter esse quadro, trazendo benefícios e apresentando aos idosos e a sociedade uma nova forma de se viver o envelhecimento (CAVALCANTE, 1981).

Para um melhor esclarecimento, se faz necessário diferenciar os conceitos de atividade física e exercício físico, visto que estes têm significados diferentes. Guedes e Guedes (1995) definem atividade física como a totalidade de movimentos executados no contexto do esporte, da aptidão física, da recreação, da brincadeira, do jogo e do exercício. Para este autor a atividade física num sentido mais restrito, é todo movimento do corpo produzido por músculos esqueléticos, que irá provocar um gasto de energia, beneficiando o ser humano. O exercício físico é conceituado por Santarém (1999) como uma forma especial de atividade física, planejada, sistematizada, progressiva e adaptada ao indivíduo sempre com o objetivo de estimular uma ou várias adaptações morfofisiológicas e/ou funcionais.

Tendo-se como referência o exercício físico especificamente, Okuma (1997) relata que pessoas que praticam exercícios regularmente ocorrem um equilíbrio emocional, particularmente em idosos, onde estes ficam mais satisfeitos com sua aparência, melhoram a sua auto-estima, a auto-imagem e o autoconceito, diminuem a ansiedade, os casos de depressão e à melhora de alguns aspectos cognitivos. Veras (1995) também afirma que a prática regular do exercício físico melhora o humor, a ansiedade e a depressão. O autor defende a idéia de que idosos ativos são mais independentes, autônomos e sadios e que boas condições de saúde físicas têm um efeito direto e significativo sobre a diminuição da angústia e se relacionam fortemente a altos

níveis de integração social e de auto-estima, que certamente influenciará na avaliação subjetiva que o idoso faz da sua QV.

Dessa maneira, o exercício físico para o idoso é imprescindível e muitas vezes urgente. Em um estudo realizado por Oliveira (2005), com 30 pacientes ambulatoriais, onde ao se comparar os efeitos de um programa de exercício físico com os da medicação antidepressiva em idosos com depressão maior. A pesquisa mostrou que a prática regular de exercício produziu resultado semelhantes aos observado com medicação antidepressiva no que diz respeito à redução dos sintomas e melhora da QV nesses idosos.

Estudos recentes evidenciam que as pessoas idosas ficam mais susceptível às doenças e fraquezas quando não praticam exercício físico. Borges e Rauchbach (2004) verificaram em seus estudos a tendência a estados depressivos em idosos e sua relação com a prática do exercício físico. Nessa pesquisa foram avaliados 125 idosos com idade mínima de 65 anos. Dos resultados foram considerados todos aqueles que apresentaram mais de 40% de respostas que tendem a estados depressivos, dividindo a população estudada em ativos e não-ativos. Da análise das respostas o grupo dos não-ativos destacou-se: 87,69% sentem que sua situação não tem esperança e, 86,15% não têm motivos para levantar-se pela manhã. Observou-se que os idosos que não tem o hábito da prática do EF apresentam uma maior tendência a estados depressivos em todas as categorias.

Mcauley *et al.*,(1995) estudaram exclusivamente o bem-estar psicológico, o exercício físico e o envelhecimento, com o objetivo de analisar a influência do exercício físico na melhora dos aspectos positivos da saúde mental e do bem-estar psicológico do idoso. Dentre os 38 estudos revisados, esses autores constataram a ocorrência de efeitos positivos dos exercícios físicos sobre o bem-estar psicológico, pois 74% dos estudos apresentaram resultados positivos a esse respeito. Guedes e Guedes (1995) concluiu que os efeitos psicológicos do exercício físico regular basicamente se resume na redução da ansiedade e da depressão, à regularização do sono e à promoção do autoconceito, da auto-estima e da autoconfiança.

Freitas *et al.* (2002) relatam que entre os aspectos sociais mais relevantes que o exercício físico pode proporcionar, estão à confiança, o estímulo para a competição, a aquisição de novas amizades e a troca de apoio que vai favorecer a inclusão social. Neste sentido, Debert (1999) afirma que o ingresso num grupo de exercício físico é um marco na vida dos idosos, pois além de estarem se beneficiando fisiologicamente

também é uma oportunidade de estar substituindo um período de solidão, por um período de novas amizades e conquistas, o que irá contribuir para uma identidade física e social de mais qualidade.

Para a população idosa a independência física é de fundamental importância para o seu bem-estar, porém na opinião de Okuma (1998) esta independência necessita de força muscular, resistência muscular localizada e flexibilidade para se manter em bom estado funcional. Os benefícios do exercício físico sobre esses fatores são citados por Rolim (2005) ao afirmar que o exercício sistematizado aumenta a força muscular, o fluxo sanguíneo para os músculos, o aprimoramento da flexibilidade e amplitude de movimentos, a diminuição do percentual de gordura, a melhora dos aspectos neurais, a redução dos fatores que causam quedas, a redução da resistência à insulina ajudando no controle e na prevenção de diabetes, a diminuição da pressão arterial, a manutenção ou melhora da densidade corporal óssea, a melhora da postura e a redução de ocorrência de certos tipos de câncer.

A prática do exercício físico regular atua também no controle do processo degenerativo articular do idoso. Com o ganho de força muscular resultante, a sobrecarga intra-articular é atenuada, em específico na realização de atividades realizadas na posição de pé. Por outro lado, a recepção de cargas cíclicas proporcionadas pelo EF, aumenta a circulação de sangue e a mobilidade do fluido sinovial no espaço articular, promovendo, assim, a entrada de substâncias essenciais à nutrição e à integridade da matriz cartilaginosa (HOOTMAN *et al.*, 2003). Conseqüentemente o quadro de rigidez músculo articular característico do idoso será atenuado com a prática do exercício físico.

Faria *et al.* (2003) colocam que os déficits de equilíbrio e alterações na marcha não são conseqüência inevitável do envelhecimento, e sim deterioração que pode ser atribuído a níveis reduzidos de exercício físico. Petroski (1997) ressalta um estudo realizado no Departamento de Metodologia da UFSC, onde se analisou durante um ano as alterações causadas pelo programa de exercícios físicos para idosos oferecidos pelo Núcleo de Cineantropometria e Desempenho Humano CDH/UFS. As variáveis analisadas foram o equilíbrio e flexibilidade entre outras. Os resultados apresentados mostraram que os exercícios físicos reverteram os desempenhos do equilíbrio estático e da flexibilidade e contribuíram de maneira efetiva para a melhoria da QV destes indivíduos. Mostrando que a implementação de um programa de exercícios mesmo em

idades extremas, é capaz de minimizar ou mesmo evitar o declínio funcional acentuado, amenizando os efeitos das doenças ou mesmo prevenindo-as.

Com relação à capacidade funcional Matsudo *et al.* (2003) colocam que estas se beneficiam da prática regular do exercício físico. Essa afirmação do autor é baseada em seu estudo, que ao avaliar 117 mulheres de 60 a 79 anos de idade, para comparar a evolução do perfil neuromotor e capacidade funcional de mulheres ativas no período de 1 ano, de acordo com a idade cronológica. Os resultados não demonstraram nenhuma alteração no desempenho neuromotor, já a velocidade de levantar da cadeira e a velocidade de andar evidenciaram diferenças significativas. A evolução da aptidão física e capacidade funcional apresentaram resultados semelhantes independente da idade. Comportamento que favorece a hipótese de um efeito favorável do exercício físico regular na promoção da saúde, aspecto fundamental para um envelhecimento saudável.

A capacidade aeróbica na opinião de Rolim (2005) também apresenta declínio decorrente do envelhecimento, e esse tem causas cardíacas e periféricas. Ghorayeb (2002) acredita que o exercício físico não evita a ocorrência desses fatores, mas pode, sim, amenizá-los. O exercício físico tem papel importante como agente terapêutico para prevenção e tratamento das doenças coronarianas e degenerativas (REICHEL, 2001). Sherphard (2003) confirma essas afirmações quando declara que o exercício físico tem valor significativo na prevenção primária e secundária de um grande número de problemas cardiovasculares, incluindo doenças cardíacas isquêmicas, acidente vascular cerebral (AVC), hipertensão, doença vascular periférica e doença renal secundária à hipertensão ou diabetes.

De acordo com Ballor e Keeseey (1991) a parcela sênior da população não só é atingida pelas doenças crônicas degenerativas, mas também pelo aumento de peso, que têm influência negativa em todas as doenças que venham aparecer em consequência do processo de envelhecimento. É comum a pessoa idosa tender a ganhar peso, aumentar a quantidade de tecido adiposo e reduzir a massa muscular. Nessa perspectiva, estudos de indivíduos moderadamente obesos têm demonstrado que uma melhora da composição corporal é possível através de um programa de AF bem planejado, mesmo na terceira idade.

Guimarães *et al.* (2004) declara que além da melhora física que o exercício físico promove no corpo de um modo geral, o mesmo também costuma ser apontado como a mais eficiente estratégia para viver mais e melhor. As pessoas classificadas

como sedentárias tendem a viver até três anos menos do que aquelas que gastam mais que 2000 kcal por semana em exercícios físicos. Além disso, o exercício diminui em até 20% a mortalidade cardiovascular. Pesquisas desenvolvidas por Franklin (2001) também atestam que praticantes de exercício físico, por possuírem uma boa forma física aeróbica, têm mais probabilidade de viverem por mais tempo. Isso acontece até mesmo no meio de pessoas com grande fator de risco coronário, como sobrepeso, ou com doença de coração estabelecida.

Assim, dos benefícios proporcionados pela prática do exercício físico exposto anteriormente, demonstra que essa prática além de preparar o idoso para uma vida autônoma, independente e com amor próprio, também contribui para que as mesmas sejam menos deprimidas e ansiosas, poucas dores e angústias, sejam mais enérgicas e satisfeitas. Na opinião de Freitas *et al.* (2006) se faz necessário que os idosos pratiquem todo tipo de exercício físico, desde que essa prática seja direcionada e adaptada a ele, como deve ser para qualquer faixa etária ou indivíduo.

2.3 Conceito de Qualidade de Vida

Discorrer a respeito do significado do termo qualidade de vida tem se constituído em um desafio para a humanidade por ser esse um indicador de caráter subjetivo, complexo e com múltiplos aspectos (CELICH, 2008).

Desde a antiguidade, muitos referenciais filosóficos buscaram conceituar o que seja viver com qualidade. De acordo com a visão aristotélica (384 à 322 a.C.), a “boa vida” ou “bem estar”, estavam relacionados aos sentimentos de felicidade, realização e plenitude, e tendo significados diferentes em épocas diferentes para cada ser humano. Portanto, desde essa época, a QV já era compreendida como resultado de percepções individuais, podendo variar de acordo com a experiência da pessoa em um determinado momento. Já a civilização hebréia reforçou as medidas higiênicas e preventivas no tratamento das doenças, a fim de possibilitar uma vida mais longa, digna e boa aos seus membros (CELICH, 2008).

Acompanhando o desenvolvimento de definições em relação ao termo QV observa-se que este foi usado pela primeira vez em 1920, no livro de Pigou, intitulado “*The Economics of Welfare*”. Nesse livro o autor relacionou a QV ao suporte governamental oferecido para a população de classes menos favorecidas e suas

repercussões sobre a economia americana e seu impacto na vida das pessoas, porém não teve grande influência na sociedade, assim o termo não foi notado, nem valorizado, caindo no esquecimento (BELTRAME, 2008).

Com o final da Segunda Grande Guerra, a Organização das Nações Unidas (ONU), preocupada com as condições de vida dos países membros, o estudo das variáveis que interferiam nessas condições. Assim, surgem na década de 50, investigadores, clínicos, epidemiologistas, cientistas sociais e estatísticos, conduzindo pesquisas de medidas de atributos humanos, denominados de “boa vida”.

O conceito de “boa vida” refere-se à conquista de bens materiais: possuir casa própria, carro, aparelhos eletrônicos, dentre outros. O conceito foi posteriormente ampliado, para medir quanto uma sociedade havia se desenvolvido economicamente, não importando se tal riqueza estava bem distribuída.

As pesquisas de cunho social e econômico dominaram essa área do conhecimento e o primeiro referencial foi o de relacionar o Produto Interno Bruto (PIB) à “boa vida”. Tal aspecto é criticado por muitos cientistas sociais que salientam que essa riqueza medida pelo PIB não era distribuída equanimente pela população (RATTNER, 1979) e ganha notoriedade quando, em discurso, o presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, afirma que “os objetivos (de bem estar da população) não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (FLECK, 1999).

Os anos se passaram e o conceito se ampliou para significar, além do crescimento econômico, o desenvolvimento social (saúde, educação, moradia, transporte, lazer, trabalho, crescimento individual). Os indicadores, como afirma Paschoal (2000), também se ampliaram: mortalidade infantil, esperança de vida, taxa de evasão escolar, nível de escolaridade, taxa de violência (suicídios, homicídios, acidentes), saneamento básico, nível de poluição, condições de moradia e trabalho, qualidade do transporte, lazer, dentre outros. A quantidade de indicadores mostra-se potencialmente infinita.

Embora todos fossem indicadores importantes para se avaliar e comparar a qualidade de vida (QV) entre os países, regiões e cidades, estes não eram suficientes para medir a QV dos indivíduos, pessoas que se inseriam diferentemente naquela sociedade e que podiam se distanciar de forma importante do índice médio da população como um todo. A partir da década de 60, há o início da preocupação em se avaliar a QV percebida pela pessoa, o quanto as pessoas estão satisfeitas ou insatisfeitas

com a qualidade de suas vidas. No dizer de Paschoal (2000): “Passou-se a valorizar, então, a opinião dos indivíduos. O dono da vida é quem deveria avaliar a qualidade de sua vida”. O pesquisador não poderia construir, a priori, um modelo do que julgasse ser boa qualidade de vida e tentar enquadrar os indivíduos em seu modelo: quem se enquadrasse teria boa qualidade de vida; ao contrário, teria má qualidade de vida, quem fugisse do modelo construído. Era necessário ouvir os indivíduos. Denominou-se esse novo conceito de qualidade de vida subjetiva, em contraposição às questões objetivas, que qualificariam, também, a vida das pessoas (JUNIOR, 2008). QV e subjetividade 1

Assim a qualidade de vida pode ser descrita pelos parâmetros objetivos e subjetivos. Os indicadores objetivos referem-se a situações como renda, emprego ou desemprego, população abaixo da linha de pobreza, alimentação, acesso ao saneamento básico, qualidade do ar, entre outras situações mensuráveis. Os parâmetros subjetivos introduzem a percepção pessoal dos aspectos de vida em questão, como as pessoas sentem ou o que pensam de suas vidas; como o indivíduo percebe e valoriza os componentes materiais reconhecidos como base social da QV. 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 (VIANA, 2003)

Ainda inexistente um consenso entre os autores sobre o significado de QV, entretanto, muitos estudiosos utilizam a definição do WHOQOL GROUP da OMS, (1995). De acordo com este grupo a QV é definida como a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (...) e afetado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e relação com as características saliente do seu ambiente (The WHOQOL Group, 1995).

O grupo acima cita três características da QV: subjetividade, bipolaridade e multidimensionalidade. Quanto a primeira referem-se como as pessoas se sentem ou se percebem a respeito de suas vidas, como percebem o valor dos componentes objetivos como fatores qualitativos (SANTANA, 2003). Com relação à bipolaridade, de acordo com Paschoal (2000) aponta elementos positivos e negativos que podem ser aplicadas a diversas condições, entre elas autonomia, dor, dependência e desempenho de papéis. E por último a multidimensionalidade, que se refere ao reconhecimento de que o

constructo é composto por diferentes dimensões, dentre os quais podemos citar o social, o psicológico, o físico e o ambiental (SEIDL e ZANNON, 2005).

O domínio social na opinião de Leão (2005) está relacionado com a capacidade das pessoas em manterem relações confiáveis e de qualidade com os outros, ou seja, uma relação calorosa, empática, satisfatória e verdadeira, inclusive voltada para o bem-estar alheio. No que se refere ao domínio psicológico, Falcão (2006) o define como a capacidade do indivíduo de se adaptar às perdas e de se recuperar de eventos estressantes do curso de sua vida individual e social, tais como: desemprego, doenças, desastres, mortes em família, violência urbana, crises econômicas, guerras, e da sua capacidade para assimilar informações positivas sobre si mesmo.

Quanto ao domínio ambiental, esse implica em ter senso de domínio e competência para manejar o ambiente e aproveitar as oportunidades, ser capaz de manejar as demandas da vida diária e do mundo ao redor. Ser hábil para escolher ou criar contextos apropriados a suas necessidades e seus valores (LEÃO, 2005).

O domínio físico diz respeito à funcionalidade física e da saúde. Seus subdomínios são dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividade da vida cotidiana, dependência de medicação, ou de tratamentos, e capacidade de trabalho ((FLECK, 1999).

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

Assim, o contexto acima, demonstra a globalidade e abrangência da expressão QV, que para Paschoal (2002), é um conceito vago, multidimensional e amorfo, incorporando, teoricamente, todos os aspectos do ser humano.

2.4 Qualidade de vida para os idosos

Para Falcão (2006) a qualidade de vida para os idosos vem ganhando crescente valorização na sociedade, e em vista da variabilidade e da subjetividade desse tema, se faz necessário conhecer o que está relacionado com o bem estar, à felicidade e a realização pessoal para essa classe da população.

O conceito “qualidade de vida” tem significados diferentes, de pessoa para pessoa, de lugar para lugar, e em ocasiões diferentes cada pessoa pode ter seu próprio conceito. Paschoal (2002) diz que:

“(...) qualidade de vida é um conceito que está submetido a múltiplos pontos de vista e que tem variado de época para época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social e, até mesmo de indivíduo para indivíduo’. Mais que isso, varia para um mesmo indivíduo, conforme o decorrer do tempo (...)”.

Partindo-se então desse pressuposto, conclui-se que o grupo etário acima de 60 anos apresenta características morfofisiológicas, psicológicas e socioeconômicas particulares. Conseqüentemente os fatores que interferem na sua QV vão se diferenciar das demais faixas etárias, inclusive dos mais jovens (HELUANY, 2007).

A QV para os idosos de acordo com Neri (1993) é influenciada pela satisfação, pelo controle pessoal (autonomia) e pela independência. Lemos e Medeiros (2002) também defendem que a autonomia e a independência são ótimos indicadores de QV entre os idosos. A incapacidade de alterar o meio físico e social deixa nas pessoas uma sensação de fracasso. Se atribuírem seu fracasso a deficiências pessoais, generalizadas e duradouras, serão acometidas por uma sensação de ineficácia. Isso depende de como os idosos enxergam sua vida: se vêem apenas perdas e declínio, ou se enxergam as reservas que ainda têm e o potencial de desenvolver novas habilidades, compensando as perdas. O senso de ineficácia pode ser exacerbado por diferentes preconceitos, dos idosos e da sociedade. Assim, quanto maiores o senso de controle pessoal e a capacidade de decisão e comando, mais intensos serão os sentimentos de satisfação; quanto menores, maiores as possibilidades de depressão, preocupação e desamparo (TIMM, 2006).

Marcelino (2003) em um estudo que realizou, detectou que os idosos mais estressados tem sua QV diminuída e que as pessoas mais resistentes ao estresse parecem

ter três características básicas comuns: abertura para mudanças; sensação de estar no controle de suas vidas e envolvimento em alguma área da vida que o motiva, ou seja, pessoas que acreditam ter uma ação de controle sobre um resultado de sucesso têm mais probabilidade de confirmar suas expectativas iniciais. Os eventos de vida são encarados por elas como desafios a serem enfrentados e superados, para que possam assegurar-se, mais uma vez, de seu sucesso. Por outro lado, pessoas que não acreditam que possam influir nas conseqüências, com seus atos, acabam por perder oportunidades de exercer controle sobre os eventos de vida. Através desta passividade e evitando tarefas difíceis, elas podem abster-se do desenvolvimento de novas competências e de se sentir mais valorizadas.

Para Figueredo (2005) a relação existente entre QV e intensidade de níveis de desesperança no idoso também é estreita. O idoso que avalia a sua qualidade de vida como negativa apresenta significativamente mais sintomas depressivos, assim como quem tem esperança pode alcançar melhor qualidade de vida.

A manutenção da capacidade funcional é escrita por Castro (2007) como destaque nas implicações para QV dos idosos, por estar relacionada com a capacidade de ocupar-se com o trabalho até idades mais avançadas e/ou com atividades agradáveis. A prevalência de incapacidade funcional aumenta com a idade, como também fatores de risco para essa incapacidade como inatividade e isolamento. Os idosos com baixa confiança na realização das atividades de vida diária (AVD), pelo medo de cair, tendem a ter um comprometimento progressivo em sua capacidade funcional ao longo do tempo. Entretanto, Chelluri *et al.* (1995), verificaram que quando há cuidado e suporte, somente o avanço da idade não tem capacidade preditiva sobre a gravidade de saúde com relação a mortalidade e a QV em idosos. Borgolina *et al.* (2005) verificaram que estado de saúde, idade, estado marital, condições de vida e fatores sócio-econômicos podem prever alterações da QV, mas que intervenção e cuidados podem prevenir a diminuição dos indicadores dessa QV em idosos.

A dor crônica e o desconforto que muitas vezes acompanham o processo de envelhecimento também interferem na vida das pessoas e, nos idosos, tira-lhes o prazer ou impossibilita-os de realizarem atividades domésticas e sociais; dificulta ou os impede de caminhar; provoca distúrbios do sono, podendo acarretar ansiedade e depressão. A dor traz o isolamento social, o que pode agravar o quadro doloroso, pois o idoso passa a se concentrar unicamente nela, sendo necessário o alívio para que possa melhorar sua

alimentação, seu sono, integrar-se ao ambiente, executar tarefas, distrair-se, sentir-se útil e melhorar seu bem-estar (PIMENTA e CAMPEDELLI, 1993).

Com relação às questões socioeconômicas, Timm (2006) relata que o processo de envelhecimento transcende aos problemas individuais passando para a esfera do social, uma vez que as ações sociais e os programas de saúde interferem diretamente na qualidade de vida de uma sociedade. Na população brasileira, em 2003, 43,8% dos idosos tinham rendimento inferior a um salário mínimo. Os rendimentos estão freqüentemente diminuídos entre os idosos, sendo os fatores socioeconômicos importantes na vida diária e na qualidade de vida deste grupo populacional, uma boa situação socioeconômica mostra-se associada à melhor qualidade de vida. Estudo realizado por Mantovani (2007) constatou que problemas financeiros reduzem o bem-estar em idosos, diminuindo o custo para sua sobrevivência.

Em muitos estudos que investiga a questão da intimidade dos idosos, há uma vinculação a sexualidade, isto porque, na opinião de Castro (2007) para os idosos homens a habilidade em permanecer sexualmente ativo é uma das preocupações em suas vidas, enquanto que as mulheres idosas expressam o desejo sexual de modo mais tênue, talvez pelo medo de não serem aceitas, de não despertar desejo no parceiro, ou por não terem um parceiro, ou ainda, por dedicarem as suas vidas ao cuidado à família, podem levá-las a deixar em segundo plano esse tipo de atividade. No entanto, um estudo realizado por Celich (2008) mostrou que para os idosos 120 idosos estudados o ato sexual em si não foi o mais importante nessa etapa da vida, mas o companheirismo, a cumplicidade e as demonstrações de afeto e carinho, são atitudes que os tornavam mais satisfeitos com a vida. O que demonstra que os inter-relacionamentos pessoais, em idosos, desempenham um papel fundamental na sua qualidade de vida

De acordo com Celich (2008) o ser humano é um ser afetivo que tem necessidade de se expressar e se comunicar, assim a manutenção de laços de amizade é um veículo para tal objetivo, além de ser capaz de minimizar sintomas depressivos. Altos níveis de suporte social, atividades adjuvantes no apoio do idoso e enfrentamento ativo das dificuldades estão associados a baixos níveis de depressão, demonstrando a importância ímpar das redes sociais. As relações sociais podem de várias formas, promoverem melhores condições de vida e saúde para os idosos. Por outro lado, à ausência de convívio social, causa severos efeitos negativos na capacidade cognitiva geral, além de depressão. Quanto mais ativos os idosos permanecerem na velhice, menos onerarão a família e os serviços de saúde, portanto, quanto mais tempo

permanecerem integrados ao meio social, mantendo os vínculos de amizade, maior serão os benefícios a si próprios e a sociedade.

Outro aspecto que influencia significativamente a QV do idoso é o ambiente familiar que pode afetar o comportamento do idoso. Assim, na família suficientemente sadia, onde predomina uma atmosfera saudável e harmoniosa entre as pessoas, possibilita o crescimento de todos, incluindo o idoso, pois todos possuem funções, papéis, lugares e posições e as diferenças de cada um são respeitadas e levadas em consideração. Em famílias onde há desarmonia, falta de respeito e não reconhecimento de limites, o relacionamento é carregado de frustrações, com indivíduos deprimidos e agressivos. Essas características promovem retrocesso na vida das pessoas. O idoso torna-se isolado socialmente e com medo de cometer erros e ser punido. Estudo realizado no Município de Botucatu com 365 idosos verificou que 49% destes, ou seja, 179 idosos entendem que para se preservar a qualidade de vida na velhice é necessário manter os vínculos familiares, contribuindo se possível, na educação dos filhos e netos, bem como solidificando sua rede de suporte social na senectude (FIGUEREDO, 2005).

Bowling (1995) propôs um estudo para identificar os itens relevantes para uma QV saudável para as pessoas da terceira idade. Onde cada indivíduo apontava os domínios mais importantes na determinação da sua QV e pontuava o grau de importância que cada domínio possuía. Na qual os resultados demonstram que os fatores destacados por essas pessoas como fundamentais para a QV foram: família (89% da amostra), atividades sociais e de lazer (95% da amostra), saúde (91% da amostra), condições ambientais de vida (80% da amostra) e religião (75% da amostra).

A saúde de acordo com Celich (2008) é um fator determinante para se envelhecer com QV. Essa autora cita que a Lei Federal nº 8.080/90 conhecida como Lei Orgânica de Saúde que refere sobre a organização dos serviços e de como garantir os direitos assegurados na carta magna, em seu Art. 2º afirma que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. E no Art. 3º aponta para fatores determinantes e condicionantes da saúde, entre eles cita a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; enfatizando que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Com relação à QV entre os gêneros, um estudo realizado por Pereira *et al* (2006) mostra que os homens apresentaram escores mais altos nos domínios da QV. De acordo

com Del Pino (2003), o envelhecimento feminino é percebido de forma muito mais negativa do que o envelhecimento masculino. Também nos estudos de Avis *et al.* (2004) as mulheres sentem mais o envelhecer, principalmente por se apresentarem menos atraentes e isso pode possivelmente afetar a percepção da QV.

Na literatura especializada e na literatura profissional mostra que existe associação entre bem-estar físico, gênero e prática de exercício físico. Um estudo de Vitta *et al.* (2005) objetivou comparar homens e mulheres idosos, que sejam sedentários e ativos com relação a QV. Esse estudo revelou que as mulheres independentemente do envolvimento com o exercício físico, juntamente com os idosos sedentários, apresentaram uma pior percepção da QV. Assim o mesmo autor concluiu que o gênero e a prática do exercício físico são importantes mediadores de qualidade de vida. Neste sentido incentivá-las é promover o desenvolvimento e o envelhecimento bem-sucedido.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Tipo de Estudo

O estudo proposto é do tipo Estudo de Caso por Comparação, entre um grupo de idosos ativos e um grupo de idosos sedentários, avaliando um mesmo elemento (QV) em dois contextos diferentes.

A análise abordada será do tipo qualitativa, por esta, contribuir com o trabalho de pesquisa através de uma mistura de procedimentos de cunho racional e intuitivo, capaz de contribuir para uma melhor compreensão e entendimento dos fenômenos, ou melhor, entender como as pessoas dão sentido aos seus mundos e as experiências que elas têm com o mundo, através de suas crenças, emoções, percepções e valores, além de manter uma relação dinâmica entre o indivíduo e o mundo real, entre o sujeito e o objeto, um vínculo inseparável entre o mundo da objetividade e da subjetividade.

O Estudo de Caso é um dos vários modos de realizar uma pesquisa sólida. Em geral, se constituem na estratégia de uma investigação detalhada e aprofundada das características significantes de uma determinada organização ou grupo, dentro de um contexto de vida real. Este tipo de estudo fornece pouquíssimas bases para generalizações, onde o que se procura é generalizar as proposições teóricas e não as proposições sobre populações. Nesse sentido quando ocorrem estudos de casos múltiplos e/ou as replicações de um estudo de caso com outras amostras, aí assim pode indicar o grau de generalização de proposições;

3.2 Questionários

No desenvolvimento da pesquisa foram usados dois questionários. O primeiro denominado de WHOQOL-bref (ANEXO 1), para avaliar a qualidade de vida da população estudada e o segundo é um questionário complementar (ANEXO 2), para avaliar as características sócio demográficas e a prática da atividade física dos idosos em estudo.

Diante da complexidade e abrangência da expressão QV, a OMS (1994) propôs um instrumento de avaliação que pudesse ser usado internacionalmente, capaz de

mensurar os aspectos subjetivos da QV sem alterar a percepção do indivíduo com relação as suas crenças, suas experiências, suas expectativas e suas sensações (CELICH, 2008).

Assim, o WHOQOL Group (1995) elaborou o instrumento WHOQOL-100 que reflete a multidimensionalidade do termo QV. O mesmo é composto por 96 questões, divididas em 6 domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade/ religião/ crenças pessoais, além de 4 questões sobre QV em geral. Cada domínio é constituído por facetas que são avaliadas por quatro questões, distribuídos em uma escala com 5 categorias. Assim o instrumento é composto por 24 facetas específicas e uma faceta geral que inclui questões de avaliação global de QV.

As questões do WHOQOL-100 foram formuladas para uma escala de respostas do tipo Likert, com 5 alternativas para cada escala. A versão desse instrumento para o português foi desenvolvida no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo grupo do Dr. Marcelo Fleck em 1999 (FLECK *et al.*, 1999).

A necessidade de um instrumento que demandasse menos tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias e com a abrangência preservada, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse em 1998 uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref (WHOQOL Group, 1998), que também teve sua versão para o português coordenada por Fleck *et al.* (2000) no Brasil.

O instrumento WHOQOL-bref (ANEXO 1) consta de 26 questões, onde duas são questões gerais de qualidade de vida e 24 representam questões específicas relacionadas aos aspectos físicos (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso), psicológicos (sentimento positivo, pensar, aprender, memória, concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência), relações sociais (relações pessoais, atividade sexual e apoio social) e meio-ambiente (segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, poluição, ruído, trânsito, clima, transporte e oportunidades de lazer). Cada questão do instrumento WHOQOL-bref, têm uma valoração que varia de 1 à 5, aumentando ou diminuindo o grau de satisfação do indivíduo em relação a cada pergunta dos domínios citados acima. Esses indicativos de 1 à 5, na sintaxe do instrumento para tabulação será transformada em porcentagem, que vai variar de 0 a

100%, e quanto mais alto seu escore, melhor é a Qualidade de Vida (FLECK *et al.*, 2000).

A escolha desse instrumento WHOQOL-bref para o estudo proposto se deve por este trabalhar com os aspectos subjetivos da QV, levando em consideração como o respondente se avalia diante de alguns aspectos da vida, como o físico, o psicológico, o social e o ambiental. Além do mesmo apresentar bons resultados quando aplicado a população idosa, como é relatado pela literatura, e principalmente, pela escassez de instrumentos válidos para a população brasileira.

No questionário WHOQOL-bref (ANEXO 1) a letra e o número entre parênteses ao lado de cada número das questões correspondem aos números das questões no WHOQOL-100, o instrumento completo. Na Tabela 1 relaciona o número das questões no WHOQOL-100, os domínios e os números das questões no WHOQOL-bref.

Tabela 1: Domínios da qualidade de vida e os respectivos números das questões do questionário WHOQOL-100 e do WHOQOL-bref

Domínios	-----WHOQOL-100 -----		-----WHOQOL-bref -----	
	Números das questões	Quantidade	Números das questões	Quantidade
Âmbito Geral	G1, G4	2	1, 2	2
Físico	F1.4, F11.3, F2.1, F9.1, F3.3, F10.3, F12.4	7	3, 4, 10, 15, 16, 17, 18	7
Psicológico	F4.1, F24.2, F5.3, F7.1, F6.3, F8.1	6	5, 6, 7, 11, 19, 26	6
Meio-Ambiente	F16.1, F22.1, F18.1, F20.1, F21.1, F17.3, F19.3, F23.3	8	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25	8
Relações Sociais	F13.3, F15.3, F14.4	3	20, 21, 22	3
Total		26		26

Diante da escassez de questões que abordam a prática ou não de atividade física no questionário WHOQOL-bref, se faz necessário a introdução de um questionário complementar (ANEXO 2), elaborado por Viana (2003), onde o mesmo apresenta questões sócio demográficas para a caracterização da população estudada, questões sobre a prática da atividade física atual e no passado dos participantes, com o objetivo de observar a percepção dos idosos em relação a essa prática e questões que levantam

dados informativos objetivos que irão diferenciar os grupos de ativos dos não ativos e com relação ao gênero.

3.3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Entregue ao participante da pesquisa o termo de consentimento (ANEXO 3), onde o respondente autoriza a utilização dos dados fornecidos por ele através dos instrumentos de avaliação.

3.4 População de Estudo

A população desse estudo foi formada por 60 participantes, dentre estes 30 do sexo feminino e 30 do sexo masculino, todos com idade igual ou superior a 60 anos, e residentes na cidade de Caratinga, MG.

Esses 60 participantes foram divididos em 2 grupos: o 1º grupo formado por 15 pessoas do sexo feminino e 15 do sexo masculino, todos freqüentadores de um grupo de exercício físico chamado grupo “VIDA FELIZ”. Este grupo reúne-se pelo menos 2 vezes por semana (segunda e quinta-feira) no Bairro Limoeiro, recebendo pessoas que residem em vários bairros de Caratinga (Nossa Senhora Aparecida, Esplanada, Centro e inclusive do próprio bairro Limoeiro).

Durante o exercício físico realizado pelos participantes no grupo de 3ª idade “VIDA FELIZ”, é realizado sessões de 15 minutos de alongamento, seguida de 20 minutos de atividade aeróbica (dança) e finalizado com 15 minutos de relaxamento. O exercício físico é dirigido por uma profissional graduada em Educação Física.

O 2º grupo foi formado por 30 participantes, 15 idosos do sexo feminino e 15 idosos do sexo masculino, aqui chamados de grupo dos sedentários, pelo fato de não praticarem exercício físico de forma regular. Os participantes desse grupo residem nos mesmos bairros dos participantes do grupo dos idosos ativos.

3.5 Seleção da Amostra

A seleção dos 30 idosos ativos (15 do sexo feminino e 15 do sexo masculino) foi realizada aleatoriamente no grupo de 3ª idade “VIDA FELIZ” que é composto por 50 participantes, sendo que 32 são do sexo feminino e 18 do sexo masculino. Com relação a seleção dos 30 idosos (15 do sexo feminino e 15 do sexo masculino) do grupo dos sedentários, estes também foram selecionados de forma aleatoriamente, porém procuramos selecionar idosos sedentários residentes nos mesmos bairros onde moravam os idosos ativos selecionados do Grupo “Vida Feliz”. Pois consideramos que o nível de infra-estrutura dos bairros se difere e que o mesmo pode estar influenciando na QV de seus moradores.

3.6 Critério de Inclusão

- Ter idade igual ou superior à 60 anos.
- Ter condições de responder os Instrumentos de Avaliação.
- Participar do Grupo de 3ª idade “VIDA FELIZ”, ou residir em Caratinga.
- Concordar em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.7 Coleta de Dados

A coleta dos dados ocorreu no mês de junho de 2009 nos dois grupos em estudo: o grupo de idosos ativos e o grupo de idosos sedentários.

No grupo de idosos ativos, a coleta foi realizada no grupo de 3ª idade “VIDA FELIZ”, que após a escolha das pessoas selecionadas para participar da pesquisa, estes receberam o termo de consentimento (ANEXO 3) o qual o assinaram e em seguida lhes foram entregues 2 questionários: o WHOQOL-bref (ANEXO 1) e o questionário complementar (ANEXO 2) auto-aplicáveis. Os mesmos foram respondidos no grupo com a orientação da pesquisadora.

Com relação à coleta de dados dos participantes sedentários, a pesquisadora foi na residência de cada idoso selecionado, e após esclarecer sobre os objetivos da pesquisa os mesmos assinaram o termo de consentimento, e responderam aos mesmos questionários (WHOQOL-bref e questionário complementar) dados ao grupo dos idosos ativos, também com orientação da pesquisadora.

Após o retorno de todos os questionários, se iniciou a organização e digitalização dos dados no programa Excel.

3.8 Processo de Tabulação dos Dados

Após o recolhimento dos 60 questionários aplicados, os mesmos foram divididos em dois grupos: um grupo formado por 30 idosos que praticam exercício físico – ativos, e o outro grupo formado por 30 idosos que não praticam exercício físico - sedentários. A divisão desses grupos se deu devido uma questão do questionário complementar (C2) questionar se o respondente pratica ou não exercício físico atualmente. Após essa separação foi montada no Excel a frequência real para cada uma das questões do questionário complementar e do questionário WHOQOL-bref, com o objetivo de comparar as respostas entre os dois grupos em estudo (ativos e sedentários). Em seguida montamos a frequência esperada também comparando as respostas dos idosos ativos e sedentários. A partir de então, para avaliarmos se a proporção dos tipos de respostas em cada questão é a mesma nos dois grupos em estudo, usamos o teste qui-quadrado (χ^2) para independência e achamos o seu valor, o qual foi comparado na tabela da distribuição do χ^2 , com o nível de significância alfa = 5%. Assim se o valor do χ^2 fosse menor que 0,05 consideramos que a questão apresentava uma diferença significativa entre o grupo de idosos ativos e o grupo de idosos sedentários e se caso o valor do χ^2 fosse maior que 0,05 a questão era considerada como não significativa, ou seja, as respostas entre idosos ativos e sedentários não apresentavam diferenças significativas.

Com relação à tabulação dos dados relacionados ao gênero, o mesmo se iniciou por meio de uma questão do questionário complementar (C3), que pergunta sobre o sexo do respondente, assim se verificou que o grupo de idosos ativos era formado por 15 idosas do sexo feminino e 15 idosos do sexo masculino, e o grupo de idosos sedentários também era constituído por 15 idosas do sexo feminino e 15 idosos do sexo masculino. A partir daí separamos um grupo com 30 idosas (15 idosas ativas e 15 idosas

sedentárias) e outro grupo com 30 idosos (15 idosos ativos e 15 idosos sedentários) e em seguida realizamos o mesmo processo exposto acima feito com o grupo de ativos e de sedentários, porém este agora além de ter sido feito apenas com o questionário WHOQOL-bref, também tinha como objetivo verificar se em cada questão ocorria diferença significativa nas respostas com relação ao gênero, ou seja, se a qualidade de vida se diferencia entre idosos do sexo feminino e masculino. E para a análise estatística da influência do exercício físico nos domínios da QV (âmbito geral, social, físico, psicológico e ambiental) foi realizado a equação de regressão nas respostas dos idosos ativos para cada domínio. Os resultados encontrados neste estudo estão demonstrados abaixo.

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

4.1 - Questionário Complementar

Conforme informado no item 3 de Material e Método, o questionário complementar contém 11 questões. As questões C1 à C4 (Tabela 2) abordam características sócio demográficas que são importantes para a caracterização da população estudada.

Tabela 2: características sócio demográficas dos dois grupos estudados (ativos e sedentários)

Questão	Características sócio demográficas					
C1- Qual a sua idade? (anos)		de 60 à 64	de 65 à 69	de 70 à 74	de 75 à 80	p
	ativos	7	12	6	5	0,74
	sedentários	5	14	8	3	
C2- Qual o seu nível de escolaridade?	primário	----- 1º grau -----		----- 2º grau -----		p
		incompleto	completo	incompleto	completo	
	Ativos	16	6	9	1	1
Sedentários	19	4	3	2	2	
C3- Qual o seu estado civil?	solteiro	Casado	divorciado	viúvo		p
	Ativos	-	10	6	14	0,27
	sedentários	3	12	4	11	
C4- Qual a renda familiar mensal ? (salários mínimos)		de 1 à 3	maior que 3 à 5	maior que 5 à 7	maior que 7	p
	Ativos	19	11	-	-	0,3
	Sedentários	23	7	-	-	

p = índice de significância

As questões C5 e C6 (Tabela 3) auxiliaram na divisão dos grupos de idosos quanto ao gênero e a prática ou não de exercício físico (ativos e sedentários).

Tabela 3: Respostas dos dois grupos estudados (ativos e sedentários) com base a divisão dos idosos quanto ao gênero e a prática ou não de exercício físico.

Questão	Divisão dos idosos quanto ao gênero e a prática ou não de AF		
		Feminino	Masculino
C5- Qual é o seu sexo?	ativos	15	15
	sedentários	15	15
C6- Você pratica atividade física de lazer atualmente?		Sim	Não
	ativos	30	-
	sedentários	-	30

p = índice de significância

De acordo com as respostas (C5 e C6) do questionário complementar, separamos os 60 idosos participantes do estudo em dois grupos: 50% praticante de exercício físico (25% homens, 25% mulheres) - ativos e 50% não praticantes de exercício físico (25% homens, 25% mulheres) – sedentários. Em seguida através da análise do χ^2 verificou-se que nenhuma das questões sócio demográficas (C1 à C4) entre o dois grupos em estudo apresentaram diferenças significativas ($p > 0,05$), ou seja, tanto o grupo de idosos ativos quanto o grupo de idosos sedentários apresentam de forma geral o mesmo nível de escolaridade (primário), faixa etária (de 60 à 80 anos), estado civil (viúvo) e renda mensal (de 1 à 2 salários mínimos).

As questões C7 à C11 (Tabela 4) abordam de forma direta e indireta, a percepção que o idoso tem sobre a importância da prática do exercício físico no seu bem-estar, visto que essa percepção pode estar influenciando no tipo de estilo de vida que o idoso adota.

Tabela 4: Respostas dos dois grupos estudados (ativos e sedentários) quanto à percepção que o idoso tem sobre a atividade física de lazer

Questão	Percepção dos idosos					p	
	sim	não					
C7- Você já praticou atividade física de lazer em alguma época da sua vida antes de atingir os 60 anos?	ativos	19	11				0,0045
	sedentários	8	22				
C8- Em sua opinião, a prática da atividade física faz falta no bem estar individual?		nenhuma	pouca	alguma	muita	extrema	p
	ativos	-	-	8	20	2	0
sedentários	15	12	1	2	-		
C9- Você acha que a sua disposição física com a idade vem se alterando?		nada	pouco	médio	muito		p
	ativos	-	6	8	16	0,0065	
sedentários	1	15	10	4			
C10- Como você percebe essa alteração da sua disposição?		negativo		positivo		p	
	ativo	6		24		0,0065	
sedentário	24		6				
C11- Atualmente como o Sr.(a). se sente em geral?		mal	mais ou menos	bem	muito bem	p	
	Ativo	-	1	18	11	0,00036	
sedentário	-	18	10	2			

p = índice de significância

Com relação às questões (C7 à C11) que se refere à percepção do idoso sobre a prática do exercício físico observa-se que na questão C7 ocorreu uma significativa diferença ($p < 0,05$) entre os dois grupos (ativos e sedentários) estudados. A Tabela 4 mostra que 63% dos idosos ativos no passado, continuaram ativos na idade avançada, enquanto que 73% dos idosos sedentários no passado continuaram inativos na idade avançada. Isso aponta uma tendência dos idosos que já praticaram exercício físico de lazer em alguma época da vida, mais jovem, continuar essa pratica quando atingem a idade madura. Isto porque idosos que já experimentaram a influência positiva dessa atividade sobre o bem-estar, a aderem com mais facilidade depois dos 60 anos, enquanto que idosos que sempre tiveram um estilo de vida sedentário, e não tem experimento dos benefícios que essa pratica proporciona, à percebem como algo

desnecessário para uma melhor qualidade de vida, conseqüentemente resistindo a sua inserção durante o lazer. Na questão C8, a Tabela 4 também mostra uma diferença significativa entre os dois grupos em estudo, onde 67% dos idosos ativos percebem que o exercício físico de lazer faz “muita falta” no bem-estar individual, e nenhum desses idosos avalia como “nenhuma falta” a influência que essa prática tem sobre o bem-estar. Enquanto que os idosos sedentários percebem o exercício físico não fazer “nenhuma falta” ou “pouca falta” para o bem-estar do indivíduo. Isso nos aponta que os idosos ativos têm uma percepção diferenciada da importância do exercício físico sobre o bem-estar individual comparado aos idosos sedentários. Resultado este que pode ter sido influenciado pela questão anterior, pois quem nunca experimentou os benefícios proporcionados pelo exercício físico não tem como sentir falta desta, o que justifica mais uma vez os idosos ativos apresentarem uma percepção mais satisfatória com relação aos sedentários.

Com base na Tabela 4, verifica-se que na questão C9 ocorreu uma diferença significativa ($p < 0,05$) entre o grupo de idosos ativos e sedentários, onde 53% dos ativos percebem como “muito” as alterações na disposição proporcionadas pela idade, enquanto que para os sedentários essas disposições se divide em “pouco” ou “médio”. Na questão C10, 80% dos idosos ativos percebem essa disposição de forma “positivo”, ou seja, com aumento do vigor e da disposição proporcionada pela prática do exercício físico, enquanto que para 80% dos idosos sedentários essa disposição é “negativa”, relacionada ao cansaço, ao desânimo e a diminuição da disposição. Okuma (1998) através de sua pesquisa no Paaf (Programa para a Autonomia da Atividade Física) verificou que os idosos após estarem inseridos durante algum tempo num programa de atividades físicas, relataram se sentir mais dispostos. A mesma autora também relata que muitos sujeitos da pesquisa declararam-se mais ágeis, habilidosos, vigorosos e úteis ao perceberem a quantidade de atividades que eram capazes de executar e com facilidade cada vez maior depois de seu ingresso no programa de exercício físico, o que vem confirmar o resultado encontrado acima, onde idosos praticantes de exercício físico percebem sua disposição de forma mais positiva quando comparado aos idosos sedentários. Na questão C11 a diferença significativa ($p < 0,05$) demonstrada na Tabela 4 entre os dois grupos de idosos em estudo, está relacionada ao bem-estar em geral, onde a grande maioria dos idosos ativos se sente “bem” e “muito bem” não havendo nenhum relato de estar “mal” nem “mais ou menos”. Enquanto que no grupo dos idosos sedentários as respostas variaram entre “mais ou menos” ou “bem” com relação ao

sentimento em geral com a vida. Apontando desta forma que os idosos ativos fisicamente têm uma melhor percepção do seu estado geral, ou seja, com maior disposição e vigor, quando comparados a idosos com um estilo de vida sedentário.

Assim de acordo com as respostas acima, percebe-se que os idosos praticantes de exercício físico à percebem de forma mais positiva, valorizando-a mais e dando maior importância a sua prática do que aqueles idosos que não as praticam.

Agora vamos verificar através do questionário de qualidade de vida WHOQOL-bref, se esses idosos praticantes de exercício físico, se percebem com uma melhor qualidade de vida em relação aqueles idosos sedentários.

4.2 Questionário WHOQOL-bref

Os resultados das 26 questões do questionário WHOQOL-bref que avalia a qualidade de vida dos participantes desse estudo, 2 são de âmbito geral, 7 domínio físico, 6 domínio psicológico, 3 domínio social e 8 sobre o domínio ambiental. A apresentação será pelos domínios e não na forma seqüencial como o questionário sugere. Esta proposta visa facilitar a interpretação e a visualização de como está a QV dos idosos ativos e dos idosos sedentários e se há alguma diferença significativa na QV dos mesmos. (item 3 – Material e Métodos)

As questões Q1 e Q2 que se referem ao quesito de Âmbito Geral, que foram aplicadas para identificar como os idosos praticantes de exercício físico de lazer (ativos) e os idosos não praticantes de exercício físico de lazer (sedentários) estão percebendo a sua QV e suas condições de saúde. Os resultados dessas questões (Q1 e Q2) estão apresentados na Tabela 5.

Tabela 5: Quesito de âmbito Geral (questões Q1 e Q2)

Questão	Grupo		Percepção dos idosos					p
			Muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	bom	Muito bom	
Q1 – Como você avaliaria sua qualidade de vida?	ativos		0	0	1	10	19	0,0003
	sedentários		0	2	12	16	0	
Q2 – Quão satisfeito você está com sua saúde?	ativos		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremame nte	p 0,01
	sedentários		0	0	10	20	0	
			4	19	7	0	0	

Na questão Q1 observa-se que houve diferença significativa ($p < 0,05$) entre o grupo de idosos ativos e o grupo de idosos sedentários com relação à percepção da qualidade de vida, ou seja, 63% dos idosos ativos percebem como “muito bom” a sua qualidade de vida, enquanto que para 53% dos idosos sedentários essa percepção é relatada como “bom”. Apontando que a prática do exercício físico melhora a percepção dos idosos com relação a sua QV.

Corroborando com o resultado apresentado na Tabela 5 o trabalho realizado por Diener e Suh (1999) sobre a percepção de bem-estar subjetivo em homens e mulheres idosos ativos e não ativos, que apresentaram dentre outras informações que os idosos ativos avaliam mais positivamente sua qualidade de vida em relação aos idosos não ativos. Estudo realizado por Rusch *et al.* (2008) que ao avaliar a influência da prática do exercício físico na qualidade de vida de 113 idosos no interior do estado do Rio Grande do Sul, teve como resposta a correlação entre a prática do exercício físico e a qualidade de vida, onde os idosos praticantes de exercício físico de lazer tiveram uma melhor percepção da sua QV. Outro estudo que também corrobora com os estudos citados anteriormente é o de Machado (2003) que ao analisar a QV de 28 idosos praticantes de exercício físico periodicamente em um centro de saúde de Brasília, observou que 92,9% dos idosos avaliaram sua QV como “boa” ou “muito boa”, apenas 7,1% como “nem ruim e nem boa”, demonstrando que idosos que praticam exercícios físicos de lazer, apresentam uma melhor percepção sobre sua qualidade de vida (QV).

De acordo com os resultados da questão Q2 sobre a satisfação com a saúde, verifica-se diferença significativa ($p < 0,05$) entre os grupos dos idosos ativos e sedentários, onde 67% do grupo de ativos avaliaram sua saúde em “bastante”, enquanto que 63% dos idosos sedentários avaliam sua saúde como “muito pouco”. Apontando que a prática do exercício físico associa-se a uma maior chance de percepção positiva do estado de saúde pelos idosos que o praticam.

De acordo com Vitta (2000) o resultado mais otimista pelos idosos ativos é fruto dos mesmos participarem regularmente de exercício físico de lazer, onde estes têm efeitos que previnem, evitam e diminuem o estresse, e aumentam a resistência a doenças. O autor ainda cita que o exercício físico regular e sistemático aumenta ou mantém a aptidão física da população idosa e tem potencial para melhorar o bem-estar funcional e, conseqüentemente, diminuir a taxa de morbidade e mortalidade entre essa

população, devido às doenças coronarianas, à hipertensão, ao diabetes não-insulino dependente e ao câncer. Okuma (1998) afirma que o exercício físico regular tem impacto na manutenção da capacidade funcional dos idosos e importantíssimos efeitos na prevenção e no tratamento de doenças crônicas, fato este que justifica por uma queda dos lipídios sanguíneos, perda ou manutenção do peso corporal, diminuição da pressão arterial, aumento do nível de condicionamento físico e alteração positiva dos fatores fisiológicos. A autora ainda fala que o exercício físico pode diminuir a taxa de morbidade e de morte precoce, além de preservar a QV de idosos e aumentar a longevidade em condições ótimas de saúde. Assim, pessoas idosas que se mantêm ativas, além de usufruir de benefícios fisiológicos citados acima, também se acham mais satisfeitas com seu estado de saúde. O que pode ser confirmado por um estudo realizado por Almeida (2005), que ao investigar a representação da QV e da prática da atividade física em 52 idosos, notaram que mais da metade dos idosos responderam estar com boa saúde.

Nesta questão Q2 também observamos que os respondentes do sexo masculino obtiveram uma melhor percepção do seu estado de saúde em relação ao sexo feminino. Fato este que na opinião de Kool (2004) pode ser explicado pelo papel que a mulher vem ocupando na sociedade e na família atualmente, provocando uma intensa sobrecarga de estresse emocional que vai estar se refletindo em uma pior percepção da sua saúde.

O quesito domínio físico é representado pelas questões Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17 e Q18 que abordam sobre as condições de saúde, bem estar e autonomia motora. Os resultados das questões acima estão apresentados na Tabela 6.

Tabela 6: Quesito de domínio físico (questões Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17 e Q18)

Questão	Grupo	Percepção dos idosos					
Q3 – Em que medida você acha que a sua dor física o impede de fazer o que precisa?	ativos	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente	p
		5	17	8	0	0	
		0	3	6	21	0	0
Q4 –O quanto você precisa de um tratamento médico para levar sua vida?	ativos	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente	p
		0	11	16	3	1	
		0	2	5	20	3	0,0004
Q10 – Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	ativos	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente	p
		0	1	7	20	2	
		0	5	14	8	2	0,04
Q15 – Quanto bem você é capaz de se locomover?	ativos	Muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	bom	Muito bom	p
		0	2	2	24	2	
		0	2	12	14	2	0,044
Q16 –Quão satisfeito você está com seu sono?	ativos	Nem satisfeito/nem insatisfeito		Muito satisfeito		p	
		muito insatisfeito	insatisfeito	insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito	
		0	1	2	6	21	0,0006
Q17 –Quão satisfeito você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	ativos	Nem satisfeito/nem insatisfeito		Muito satisfeito		p	
		muito insatisfeito	insatisfeito	insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito	
		0	0	4	21	5	0,008
Q18 – Quanto satisfeito você está com sua capacidade para trabalho?	ativos	Nem satisfeito/nem insatisfeito		Muito satisfeito		p	
		muito insatisfeito	insatisfeito	insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito	
		0	2	2	24	2	0,002
	sedentários						
		1	6	12	9	2	

De acordo com os resultados da questão Q3 observa-se uma significativa diferença ($p < 0,05$) entre os dois grupos (ativos e sedentários) estudados com relação à dor e o seu impedimento para as tarefas do cotidiano. A Tabela 6 mostra que para 56% dos idosos ativos esse impedimento é “muito pouco” significativo, enquanto que para 70% dos idosos sedentários essa significância se torna “bastante” acentuada. Apontando que idosos que praticam exercícios físicos percebem a dor menos limitante quando comparado a idosos que tem um estilo de vida sedentário. Este resultado pode ser comprovado pela literatura de Kool (2004) que relata que a dor pode ser positivamente alterada ou prevenida pela prática do exercício físico. Que os resultados positivos da prática do exercício são obtidos por alterações biológicas recentemente exploradas e também pelo mecanismo chamado de “hipótese da endorfina”, em que o hormônio endorfina (hormônio de produção interna que causa uma sensação de bem-estar e tranquilidade) é liberado (GUSZKOWSKA, 2004) e pela liberação do cortisol (hormônio anti-inflamatório naturalmente produzido pelo corpo), como é explicado por Hartmann (2005). Com isso os idosos que praticam exercícios físicos mesmo com alguma dor teriam uma percepção mais amena de sua existência, ou seja, considerariam que a dor, caso ela existisse, não os impediria de realizar suas atividades. Skevington (2001) também coloca que os exercícios fazem com que os idosos ativos se preocupem menos com a dor e percebam que é mais fácil lidar com ela, quando comparados aos sedentários. E, como aspecto principal, destaca-se o fato dos idosos ativos sentirem dor com menos frequência.

Na questão Q4 também verifica-se diferença significativa ($p < 0,05$) com relação à influência do exercício físico de lazer na busca por tratamentos médicos entre os dois grupos em estudo (ativo e sedentário). A Tabela 6 mostra 67% dos idosos sedentários relataram que buscam “bastante” por tratamento médico, enquanto que para a maioria dos idosos ativos (53%) essa busca é “mais ou menos”, de modo que os idosos ativos demonstraram apresentar a saúde em melhor estado do que os idosos sedentários. Este resultado é um reflexo da resposta da questão Q2 desse questionário que aborda sobre a “percepção que o idoso tem da sua saúde”, assim os idosos que se avaliaram com boa saúde tendem também a estar procurando por menos tratamentos médicos no seu dia-a-dia. De acordo com Schnadelbach *et al.* (2009) a prática do exercício físico influencia não só no bem estar e na qualidade de vida dos idosos praticantes, mas também age na preservação e na reabilitação da saúde, contribuindo para o equilíbrio do metabolismo e,

portanto reduzindo os riscos de desenvolvimento de diversas doenças crônicas degenerativa, se mostrando uma importante ferramenta de manutenção da saúde. Deloroso (2004) também declarou que diversas doenças crônicas que acometem os idosos como diabetes e hipertensão, podem não só ser prevenidas como também tratadas pela prática regular do exercício. Em um estudo realizado pelo mesmo autor, concluiu-se que idosos fisicamente ativos possuem a percepção de que necessita em menor quantidade de tratamento médico quando comparados ao grupo de idosos sedentário, resultado este que corrobora com os apresentados neste estudo.

Na questão Q10 também se observa diferença significativa ($p < 0,05$) entre os dois grupos (ativos e sedentários) em estudo, e desta vez é com relação à energia suficiente para o dia-a-dia. A Tabela 6 mostra que 67% do grupo dos ativos percebem sua energia para o dia-a-dia como “bastante”, enquanto que para 47% dos idosos sedentários a energia para o cotidiano é “mais ou menos”. Esses dados são decorrentes da prática do exercício físico melhorar a disposição para as atividades diárias. Subir escadas, caminhar até um local específico, limpar a casa e trabalhar são exemplos de atividades físicas de nosso dia-a-dia e que utilizam as capacidades estimuladas pelos exercícios, como flexibilidade e condicionamento físico. Portanto, se um idoso os pratica, perceberá que está mais condicionado para realizar seus afazeres. Metzner (2001) observa um resultado semelhante em sua pesquisa ao encontrado em nosso estudo, ao verificar que a prática do exercício físico alterou a energia para o dia-a-dia, melhorou a disposição para vida social e para atividades particulares de idosos que praticavam exercício quando comparado com idosos inativos.

Na questão Q15 que relaciona à influência da prática do exercício físico na capacidade de locomoção observa-se diferença significativa ($p < 0,05$) entre os dois grupos (ativos e sedentários) estudados. Verifica-se que 80% dos idosos ativos avaliam como “bom” sua capacidade de locomoção, enquanto que para a maioria dos idosos sedentários (87%) essa capacidade é avaliada entre “mais ou menos” ou “bom”. O resultado encontrado nesta questão pode ser consequência do exercício físico proporcionar um melhor condicionamento físico para o grupo de idosos que os pratica, o qual será beneficiado tanto na mobilidade quanto na facilidade de se locomover, conseqüentemente se avaliando com uma melhor capacidade de locomoção em relação ao grupo de idosos sedentários. A Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte colabora com este achado, ao destacar que a prática do exercício físico melhora os componentes da aptidão física (condicionamento cardiorrespiratório, força muscular,

composição corporal e flexibilidade) assegura a manutenção da mobilidade e da agilidade, além de prolongar a independência e melhorar a qualidade de vida do indivíduo. O que também pode ser confirmado por Rosa (2003) ao declarar que a QV dos idosos, estão comprometidas pela diminuição da autonomia e pelas dificuldades de locomoção, tarefas essas que de acordo com a autora podem ser minimizadas pela prática do exercício físico. Assim fica claro que idosos que praticam exercício físico, além de apresentar uma melhor capacidade de locomoção também de incluem entre os idosos com uma melhor qualidade de vida.

Quanto ao quesito qualidade do sono na questão Q16, percebe-se diferença significativa ($p < 0,05$) entre os dois grupos (ativos e sedentários) em estudo, onde 70% dos idosos ativos relataram estar “muito satisfeito” com a qualidade do seu sono, enquanto que 60% dos idosos sedentários se dividiu em “nem satisfeito/ nem insatisfeito” e “satisfeito” com relação a esta questão. De acordo com Freitas (2006) o idoso dorme em torno de seis horas, o período de latência é maior, o sono é mais superficial, com ausência dos estágios mais profundos, e que ainda ocorrem mais despertares durante a noite. Alterações essas decorrentes de processos neuroquímicas, morfológicas e funcionais que vão diminuir algumas características do sono e mudando a sua arquitetura. Para o mesmo autor o treinamento físico possivelmente pode minimizar tais efeitos e/ou trazer resultados positivos ao padrão do sono. Gallo Jr. (1995) relata em sua literatura que a prática do exercício físico quando realizada de forma regular melhora a qualidade do sono e proporciona um importante relaxamento do corpo após sua prática. Para Okano (2006) os exercícios diminuem a pressão arterial noturna, que é constantemente associada a lesões de órgãos, sendo que a diminuição dessa pressão provoca uma melhora na qualidade do sono. A literatura dos autores acima pode ser exemplificada por um estudo de Rusch *et al.* (2008) que verificou melhora no condicionamento corpóreo e na estabilidade do sono daqueles idosos que apresentavam um alto grau de envolvimento com a prática do exercício físico. Indicando desta forma, que quando se tem um estilo de vida ativo, é possível ter um sono adequado e de qualidade mesmo estando na terceira idade.

A questão Q17 demonstra uma diferença significativa ($p < 0,05$) entre os dois grupos em estudo (ativos e sedentários) com relação à capacidade de desempenhar as atividades do dia a dia. A Tabela 6 mostra que 70% dos idosos ativos avaliam sua capacidade de desempenho para as atividades diárias como “satisfeito”, enquanto que para 50% dos idosos sedentários essa avaliação é percebida como “nem satisfeito/ nem

insatisfeito”. Apontando que idosos ativos apresentam maior disposição para as atividades do cotidiano em comparação com idosos sedentários. De acordo com Veras (1994) a capacidade de realizar atividades do dia a dia de forma independente e autônoma é uma das questões mais significativas para o idoso, devido o mesmo ter consciência que o próprio processo de envelhecimento vem acompanhado de algumas limitações. Porém existem aqueles que se dispõem a fazer algo para melhorar sua QV. O simples fato de participarem de exercício físico mesmo daquelas que não exigem muito esforço físico, pode proporcionar melhoras significativas na disposição do idoso, visto que esta prática além de melhorar a mobilidade também aumenta a força muscular, fatores que são fundamentais para que se consiga manter a capacidade funcional satisfatória durante todo o processo de envelhecimento (SUBASI e HAYRAN, 2005). Ramos *et al.*(2003), concluíram ao analisar a qualidade de vida (QV) e a realização das atividades de vida diária entre idosos praticantes e não praticantes de exercício físico, que os idosos ativos apresentam melhora na capacidade para desempenhar as atividades do dia a dia em comparação aos idosos sedentários, o que intensifica os achados de nosso estudo.

Na questão Q18 sobre a percepção da capacidade para o trabalho, também houve uma diferença significativa entre os dois grupos (ativos e sedentários) estudados. A Tabela 6 mostra que 80% dos idosos ativos estão “satisfeito” com sua capacidade para o trabalho, enquanto que a maioria dos idosos sedentários (70%) percebem essa capacidade como “nem satisfeito nem insatisfeito” ou “satisfeito”. Ficando evidenciado, portanto, que idosos que praticam exercício físico sentem-se mais dispostos e capazes para o trabalho quando comparados aos idosos sedentários. Resultado este que se confirma com uma pesquisa de Ricardo que ao avaliar o impacto da prática do exercício físico nos aspectos físico da QV em dois grupos de idosos de um bairro de Campinas, percebeu que o grupo de idosos ativos avaliava positivamente sua capacidade para o trabalho e consideravam-se mais capazes de trabalhar, mais capazes de fazer suas tarefas e mais satisfeito com essa capacidade em relação aos idosos inativos. Mota *et al.* (2002) relatam que o sedentarismo e a dor são componentes importantes para a diminuição da capacidade de trabalho e que o exercício proporciona melhor habilidade na capacidade para se trabalhar. A dor e o sedentarismo também foram apontados por Yang (2004) como prejudiciais à capacidade de trabalho. Com isso, podemos entender que uma pessoa com menos dor sentirá maior capacidade de

enquanto que para 43% dos idosos sedentários à alternativa “insatisfeita” foi a mais escolhida. Isso aponta que os idosos que praticam exercício físico de lazer avaliam a vida mais proveitosa, com relação aos idosos que não fazem atividade física. Isso porquê de acordo com Heerdt (2005), o ser humano não raro vive em constante mal-viver, ou seja, tem poucos momentos de felicidade e prazer. Não podemos considerar que os idosos se encontram em um estágio de plena insatisfação com suas vidas, visto que os resultados deste estudo demonstram que, ainda atingindo a terceira idade, os idosos ativos continuam aproveitando e afirmando que a vida tem bastante sentido. Alguns mais, outros nem tanto, porém o que ainda chama a atenção é que grande maioria dos idosos ativos deram como respostas afirmativas “bastante” quando indagados acerca do aproveitamento de suas vidas.

Na questão Q6 que aborda o sentido da vida, verifica-se que não houve diferença significativa ($p>0,05$) entre os grupos (ativos e sedentários) estudados. A Tabela 7 mostra que a maioria dos idosos tanto do grupo dos ativos (50%) quanto do grupo dos sedentários (43%) está “bastante” satisfeita com o sentido da sua vida. Apontando que a prática do exercício físico não influencia na percepção que o idoso tem do sentido da vida. Este resultado difere de uma investigação conduzida por Taiwan, que mostrou que idosos sedentários aproveitam menos a vida e acreditam que a mesma tem pouco sentido quando comparado a idosos praticantes de exercícios físicos. Essas atitudes, segundo o autor, sugerem que o humor desses idosos sedentários esteja deprimido que é um importante preditor de declínio na saúde e de pior percepção de bem-estar.

A questão Q7 que se questiona sobre a concentração dos idosos, observa-se diferença significativa ($p<0,05$) entre os dois grupos (ativos e sedentários) estudados. A Tabela 7 mostra que entre os idosos ativos ocorreu uma divisão desses respondentes, onde 43% avaliaram sua concentração em “mais ou menos” e 43% como “bastante”, enquanto que para 56% dos idosos sedentários essa capacidade de concentração é percebida como “muito pouca”. Apontando assim, que idosos praticantes de exercício físico percebem como melhor sua capacidade de concentração quando comparado a idosos com um estilo de vida sedentário. Um estudo feito por Prosenewicz (2006) fundamenta este achado, ao demonstrar que a memória e o aprendizado de 20 idosos tiveram uma melhor pontuação após três meses de atividade física. Dishman (2006) também relata que o treinamento de habilidades motoras e o exercício físico regular melhoram as funções cognitivas e alguns tipos de aprendizado, incluindo o aprendizado motor. E de acordo com Néri (2004) algumas implicações como a prevenção da depressão, do declínio da cognição

associada ao envelhecimento, e das desordens neurológicas como o Mal de Parkinson e a Doença de Alzheimer podem ocorrer em virtude das adaptações no sistema nervoso central em decorrência da prática do exercício

Quanto ao quesito aceitar a aparência física, percebe-se na questão Q11 uma significativa diferença ($p < 0,05$) entre os idosos ativos e os sedentários. A Tabela 7 mostra que 60% dos idosos ativos têm “bastante” aceitação da sua aparência física, enquanto que para 96% dos idosos sedentários essa aceitação varia entre “muito pouco” ou “mais ou menos”. Apontando que os idosos que realizam exercício físico de lazer têm melhor aceitação de sua aparência física quando comparado a idosos sedentários. Esses achados decorrem dos exercícios físicos proporcionarem mudanças estéticas, mesmo que pequenas, na diminuição e controle do peso corporal e ganho de massa muscular, fazendo com que os idosos tenham uma satisfação maior com a sua aparência, aceitando-se melhor. Além disso, a mudança de comportamento proporcionada pelo exercício físico faz com que os indivíduos modifiquem outros comportamentos referentes ao estilo de vida, como a alimentação e o uso do tabaco. De acordo com Tavares (2004) um programa de exercícios físicos é capaz de modificar positivamente a imagem corporal do idoso a partir do momento em que lhe traz uma maior satisfação consigo mesmo, no que diz respeito a sua aparência e percepção de si. Slater (2006) tem uma conclusão semelhante, relatando que o exercício físico desenvolve um importante papel no desenvolvimento da imagem corporal. Freedman (1994) também afirma que a forma como o idoso se sente sobre sua imagem envelhecendo, certamente influencia no seu comportamento e na sua auto-estima. A autora ainda fala que o amor ao próprio corpo tem de crescer para sobreviver ao processo de envelhecimento. Quanto à prática do exercício físico, ela fala que o exercício não melhora somente a saúde, mas a aparência pessoal também, e a falta de exercício estimularia a letargia, a falta de flexibilidade e a fraqueza muscular. Evidenciando assim, que os dados obtidos em nossa pesquisa estão de acordo com os autores supracitados.

Com relação à questão Q19 que aborda à satisfação do respondente consigo mesmo, percebe-se uma significativa diferença ($p < 0,05$) entre os idosos ativos e os sedentários. A Tabela 7 mostra que 57% do grupo de idosos ativos estão “satisfeito” consigo mesmo, enquanto que 67% idosos sedentários responderam “nem satisfeito/nem insatisfeito” com este quesito. Apontando que idosos ativos são mais satisfeitos consigo mesmo em relação a idosos sedentários. Este resultado é decorrente da relação

consigo mesmo alterar-se com as mudanças fisiológicas advindas com a idade, porém com a prática do exercício físico essas mudanças podem ser minimizadas, mantendo o idoso saudável por mais tempo e possibilitando que o mesmo faça uma melhor avaliação de sua qualidade de vida.

Verificou-se também diferença significativa ($p < 0,05$) na questão Q26, entre os grupos estudados (ativos e sedentários) com relação à frequência de seus sentimentos negativos. Observa-se que ambos os grupos tem algum tipo de sentimentos negativos, porém a frequência com que os idosos ativos relatam isso é bem menor em relação aos idosos sedentários. Na Tabela 7 é mostrado que 73% idosos ativos “algumas vezes” sentem sentimentos negativos, e que 57% dos idosos sedentários “freqüentemente” apresentam esse tipo de sentimentos. O resultado mais otimista dos idosos ativos em relação aos sentimentos negativos, na opinião de Rubim *et al.* (1989) é decorrente da prática do exercício físico aumentar a secreção de endorfina, alterar a atividade norepinefrínica central e reduzir a atividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenocortical que vão intervir positivamente nos mecanismos biológicos do idoso, o qual de acordo com Babyak *et al.* (2000) se reflete na redução dos pensamentos negativos, no aumento do sentimento de auto-eficácia e na melhora na auto-estima. Settersten e Mayer (1997) citam que a depressão está associada a diversas variáveis psicossociais, incluindo maior estresse, menor apoio social, interação e habilidade social reduzida e engajamento em menos atividades prazerosas. Assim se o idoso através do exercício físico consegue obter satisfação para sua vida, sentindo-se apoiado e valorizado socialmente, reintegrando a vida social, conseqüentemente terá menor chance de se tornar depressivo. O que pode ser comprovado por um estudo experimental realizado por Penninx *et al.* (2002) onde se evidenciaram a redução de sintomas depressivos em 439 idosos que participaram de um programa de caminhada com 18 meses de duração. Fló (2006) reitera os autores acima ao relatar que as vantagens do exercício físico não se restringem apenas a parte orgânica, ocorrem também efeitos positivos no aspecto psicológico como: o aumento da auto-estima e da confiança, que vão contribuir para uma maior integração dos idosos na sociedade. Assim os resultados encontrados neste estudo mostraram que o grupo de idosos que praticam exercícios físicos possui uma satisfação maior com relação às suas disposições mentais e psíquicas. O exercício, freqüentemente recomendado pelos profissionais de saúde para o controle do estresse, da ansiedade e da depressão, também se mostraram um fator importante na percepção de uma frequência menor do mau humor.

O quesito de Relações Sociais é constituído pelas questões Q20, Q21 e Q22, que têm como intuito verificar como estão os relacionamentos pessoais dos idosos em estudo. As respostas das questões acima estão apresentadas na Tabela 8.

Tabela 8: Quesito de domínio social (questões Q20, Q21 e Q22)

Questão	Grupo	Percepção dos idosos					P
		muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito	
Q20- Satisfação com suas relações pessoais (amigos, parentes e conhecidos)	ativos	0	0	0	20	10	0,0003
	sedentários	0	5	10	11	4	
Q21- Satisfação com a vida sexual.	ativos	0	1	6	16	7	0,92
	sedentários	0	1	9	13	7	
Q22- Satisfação com o apoio que recebe dos amigos.	ativos	0	0	0	8	22	0,002
	sedentários	0	0	6	20	4	

Na questão Q20 sobre a satisfação dos idosos com as suas relações pessoais houve uma diferença significativa ($p < 0,05$) entre os dois grupos em estudo. A maioria (67%) do grupo dos idosos ativos se avalia como “satisfeito” quanto as suas relações pessoais, enquanto que para 70% dos idosos sedentários se sente “nem satisfeito nem insatisfeito” ou “satisfeito” com essa relação, como mostra a Tabela 8. Esses resultados apontam que idosos praticantes de exercício físico percebem de forma mais positiva seus relacionamentos pessoais. Na opinião de Pintasilgo (1998) a prática do exercício físico preenche o tempo livre do idoso, lhe proporcionando oportunidades de conhecer pessoas diferentes, trocar experiências, interagir com pessoas do mesmo grupo etário, além de consolidar os benefícios que o lazer lhes pode proporcionar. Segundo Assumpção *et al.* (2002) a QV não diz respeito apenas à ausência de doenças, mas também a participação em atividades que permitem o desenvolvimento pessoal. Stella *et al.* (2002) também enfatizam que a prática do exercício físico eleva a auto-estima do idoso, contribui para a implementação das relações pessoais e para o reequilíbrio emocional.

Quanto ao quesito satisfação com a vida sexual, as respostas da questão Q21 demonstram que não houve uma diferença significativa ($p > 0,05$) entre os idosos ativos e os sedentários. A Tabela 8 mostra que a maioria dos idosos estudados, tanto do grupo dos ativos (53%) como do grupo dos sedentários (43%) estão “satisfeitos” com sua vida sexual. Apontando que a prática do exercício físico não influenciou neste quesito.

A prática do exercício físico além de promover o condicionamento físico também melhora o desempenho físico do ato sexual, porém a verificação desta questão é realizada não levando em consideração o ato em si, mas a atividade sexual no seu lado emocional. Onde esta atividade envolve aspectos muito específicos e pouco explorados pelo questionário, como as satisfações com a frequência e a parceira (o). Assim, mesmo o grupo de idosos ativos possuindo um melhor condicionado para o ato sexual, não apresentou diferenças em relação à satisfação com a atividade, se comparado ao do grupo controle. De acordo com Belardinelli (2005) a maioria dos estudos que investiga a questão da intimidade, está vinculada a sexualidade em idosos, isto porque, para os idosos homens a habilidade em permanecer sexualmente ativo é uma das maiores preocupações em suas vidas. O medo de perder a capacidade sexual em homens idosos é muito comum. Entretanto, com o avanço médico-tecnológico, os homens idosos têm tido a chance de prolongar as suas atividades sexuais, e até mesmo resgatar a libido.

A questão Q22 demonstrou a diferença significativa ($p < 0,05$) entre os dois grupos estudados com relação ao apoio recebido dos amigos. A Tabela 8 mostra que 73% idosos ativos relatam estar “muito satisfeito” com o apoio de seus amigos, enquanto que 67% idosos sedentários percebem esse apoio como “satisfeito”. Porém o que chama atenção nesta questão, é que nenhum dos idosos participantes desta pesquisa relatou “muito insatisfeito” ou “insatisfeito” com seus amigos, justificando os achados da literatura que relatam que as pessoas após os 60 anos muito valorizam as pequenas demonstrações de carinho. O resultado demonstrado nesta questão se deve na opinião Farquhar (1995) à prática do exercício físico contribui para que os idosos interajam solidariamente e adquiram confiança mútua, criando um ambiente de sinceridade e amizade, estimulando a interiorização pessoal, os levando a reconhecerem suas limitações, suas deficiências, seus hábitos e suas inclinações negativas. Declaração essa que pode se confirmado por de Gauvin e Spence (1996) ao relatar que a prática do exercício físico faz com que os idosos façam novas amizades, aumentem os seus contatos sociais, reduzam o isolamento social, apresentando melhora na percepção da QV. De acordo com Myers (1999) diversos estudos têm demonstrado que o apoio social

– sentir que se é apreciado, apoiado e incentivado pelos amigos íntimos e pela família – é um fator decisivo para uma melhor QV. Estudo realizado por Ferraz e Peixoto (1997) com idosos praticantes de exercício físico, demonstra que os mesmos associaram a boa convivência social, o desenvolvimento mental e intelectual, o lazer e a melhor percepção de felicidade, ao fato de praticarem exercício físico. Assim esses autores concluíram que a prática do exercício físico é um dos aspectos fundamentais na qualidade de vida do idoso, pois além de interferir positivamente na saúde dos mesmos, também proporciona a sua integração em grupos, os fazendo se sentir amado, respeitado, útil e, principalmente, mais valorizado e feliz.

Nesta questão também se encontrou uma diferença significativa com relação ao gênero, onde os respondentes do sexo feminino relataram se sentir mais satisfeito com o apoio de suas amigas. Talvez, esse achado seja reflexo da maior participação de mulheres, do que os homens, em atividades sociais e de lazer como, por exemplo, oficinas de artesanato e até mesmo, as atividades religiosas, onde essas favorecem a comunicação e as trocas interpessoais com novas e velhas amigas. Resultado semelhante a este estudo, também foi evidenciado no estudo de Fraquelli, onde o sexo feminino apresentou uma associação significativa nos escores de qualidade de vida ($P=0,014$) quanto ao apoio de seus amigos.

O quesito Domínio Ambiental é formado pelas questões Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24 e Q25, que têm como finalidade observar como está a qualidade de vida dos idosos em seus convívios e suas expectativas na vida diária. As respostas das questões supra citadas estão apresentadas na Tabela 9.

Tabela 9: Quesito de domínio ambiental (questões Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24 e Q25)

Questão	Grupo	Percepção dos idosos					p
		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente	
Q8 – Você se sente seguro em sua vida diária?	ativos	0	2	11	14	3	0
	sedentários	0	19	7	4	0	
Q9 – Seu ambiente físico é saudável?	ativos	0	3	8	16	3	0,63
	sedentários	1	1	6	18	4	

Tabela 9: continuação

Questão	Grupo	Percepção dos idosos					p
Q12 – Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	ativos	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente	0,037
		1	5	16	6	2	
	sedentário	2	14	7	7	0	
Q13 – Disponibilidade de informações necessárias para o seu dia-a-dia.	ativos	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente	0,14
		0	3	7	17	3	
	sedentários	1	6	14	6	0	
Q14 – Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	ativos	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente	0,0026
		0	5	7	15	3	
	sedentários	6	11	8	5	0	
Q23-Você está satisfeito com o local onde mora?	ativos	muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito	0,08
		0	0	5	17	8	
	sedentários	0	5	9	12	4	
Q24 Você está satisfeito com o seu acesso aos serviços de saúde?	ativos	muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito	0,24
		0	7	10	17	1	
	sedentários	2	7	7	12	2	
Q25-Você está satisfeito com o seu meio de transporte?	ativos	muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito	0,16
		1	5	10	9	5	
	sedentários	1	0	13	13	3	

Na questão Q8 sobre a segurança na vida diária observa-se uma diferença significativa ($p < 0,05$) entre os grupos de idosos ativos e os sedentários. A maioria dos idosos ativos (83%) dividiu sua opinião com relação à percepção da segurança diária em “mais ou menos” ou “bastante”, enquanto que 63% dos idosos sedentários avaliaram essa segurança como “muito pouca”. Esse resultado aponta que a prática do exercício físico tem grande influência sobre a percepção dos idosos com relação a sua segurança diária. Corroborando com esse resultado Okuma (1998) afirma que são consequência

dos idosos praticantes de exercícios físicos mostrarem-se mais confiantes e emocionalmente mais seguros com relação aqueles que adotam um estilo de vida sedentário. De acordo com Matsudo (2003) a prática do exercício físico proporciona ao idoso uma minimização nas perdas funcionais e a otimização de algumas funções orgânicas que poderão melhorar a capacidade funcional do indivíduo, lhes proporcionando maior independência e autonomia. Na continuidade das afirmações de Matsudo (2003), e de Neri (2001) estes afirmam que quando os idosos gozam de independência e autonomia, eles próprios podem providenciar arranjos para que seu ambiente se torne mais seguro, cuidando da iluminação, da disposição dos móveis e acessórios, da segurança dos calçados e da disposição dos objetos, de forma a tornar seu cotidiano mais confortável e seguro.

Na questão Q9 não ocorreu diferença significativa ($p>0,05$) entre os dois grupos em estudo (ativos e sedentários). Observou-se que tanto a maioria dos idosos ativos (53%) como os idosos sedentários (60%) estão “satisfeitos” com seu ambiente físico. Foi apontado que a prática do exercício físico não influenciou na satisfação dos idosos em seu ambiente físico. Esse achado corroborado por Neri (2001), que afirmou que vários autores também relataram que o ambiente físico é de fundamental importância para a QV dos idosos, considerando que esses apresentam déficits fisiológicos próprio do processo de envelhecimento, de forma que necessitam que seu ambiente sofra adaptações, eliminação ou minimização de barreiras arquitetônicas, para que se torne mais seguro, favorecendo a autonomia e independência do idoso no maior número de atividades possíveis, com segurança e menor risco de quedas.

Na questão Q12 que aborda o dinheiro suficiente para as necessidades, nota-se uma diferença significativa ($p<0,05$) entre os grupos (ativos e sedentários) estudados. A Tabela 9 mostra que 53% dos idosos ativos estão “mais ou menos” satisfeitos com sua renda, enquanto que para 47% dos idosos sedentários essa satisfação se resume em “muito pouco”. Com base nas respostas deduz-se que a prática do exercício físico influencie em uma melhor percepção da QV quando o assunto é se o dinheiro é suficiente para as suas necessidades. O resultado mais otimista observado pelos idosos ativos se deve ao fato do exercício físico atuar prevenindo e tratando várias doenças crônicas que acometem o idoso, dentre elas a diabete e a hipertensão, fazendo com que ocorra diminuição dos gastos com consultas médicas, exames e medicamentos, onde o dinheiro que era dispensado para esses gastos passa a ser utilizado para outras necessidades, o que não ocorre quando o idoso apresenta um estilo de vida sedentário na

opinião de Helene e Xavier (2003). Segundo Jakobsson *et al.* (2004) uma melhor percepção econômica por parte dos idosos é importante para a vida diária e mostra-se associada à melhor qualidade de vida. Para Veras e Alves (1995) os fatores econômicos também têm influência importante na qualidade de vida da população, pois a situação financeira oferece suporte material para o bem-estar do indivíduo, influencia os modos de lidar com os graus de qualidade de habitação, com as pessoas que o rodeiam, com a independência econômica e com a estabilidade financeira. O proporcionando conforto e bem-estar que na opinião de Ramos (2003) os fazem perceber a vida de forma mais positiva.

Na questão Q13 que questiona a disponibilidade de informações diárias, não foi verificado nenhuma diferença significativa ($p>0,05$) entre os grupos de idosos ativos e sedentários. Nota-se que 57% dos idosos ativos relataram estar “bastante” satisfeito com as informações que recebe diariamente, enquanto que para os idosos sedentários, 47% dos entrevistados declararam que estão “mais ou menos” satisfeitos com essas informações. Mesmo esses resultados não demonstrando significância nas respostas entre os dois grupos estudados observa-se na Tabela 9 que a prática do exercício físico contribuiu indiretamente para uma melhor percepção dos idosos ativos com relação a esta questão. De acordo com Neri (2001) à medida que os idosos se dispõem a saírem de suas casas para realizarem uma atividade em grupo, os mesmos entram em contato com pessoas diferentes, se tornam mais dispostas à participação de palestras, de reuniões na comunidade, ou seja, vêm a ser pessoas mais participativas do meio social, com isso novos conhecimentos vão sendo adquiridos e os mesmos tornam-se conseqüentemente mais informados. Para Pitasilgo (1998) é importante que o idoso incorpore, em seu modo de vida, hábitos saudáveis através de informações e conteúdos que sejam capazes de modificar e acrescentar atitudes favoráveis para a manutenção e prevenção de sua saúde em seu significado mais abrangente (física, mental, emocional, social e espiritual). Segundo esse autor o direito a saúde implica também o direito de acesso a informação, o qual se faz importante para melhoria na QV.

A questão Q14 que aborda às oportunidades de atividades de lazer, observou-se diferença significativa ($p<0,05$) nas respostas entre os dois grupos (ativos e sedentários) em estudo. A Tabela 9 mostra que 50% dos idosos ativos vêm como “bastante” as suas oportunidades de lazer, enquanto que 37% dos idosos sedentários percebem “muito pouco” essas oportunidades no seu dia a dia. Apontando que os idosos ativos conseguem visualizar as oportunidades de lazer que lhes estão acessíveis com muito

mais facilidade em relação aos idosos sedentários. Essa avaliação otimista pelos idosos ativos é fruto dos mesmos perceberem a prática do exercício físico como uma oportunidade de lazer, ou seja, como uma possibilidade de vivência do seu tempo disponível. Segundo Andrade (2001), os idosos manifestam na velhice interesses por aprender coisas novas, onde o exercício físico passa a significar uma prática motivante que os leva a tentar superar seus limites, se mostrando capazes de realizar tais atividades de maneira prazerosa e satisfatória. Rabelo (2002), em seu estudo concluiu que as atividades de lazer e os exercícios físicos para os idosos, influência de forma positiva suas vidas, contribuindo para uma maior autonomia e independência, assegurando às mesmas uma melhor qualidade de vida.

A questão Q23 sobre a satisfação com a moradia, verifica-se que não houve diferença significativa ($p>0,05$) nas respostas dos dois grupos em estudo. A Tabela 9 mostra que a maioria dos idosos tanto do grupo dos ativos (57%) quanto do grupo dos sedentários (40%) estão “satisfeito” com o local onde moram. Esses apontaram que a prática do exercício físico não interferiu na QV com relação a este quesito. Provavelmente este resultado deve-se ao fato de todos os idosos estudados serem independentes fisicamente, os fazendo se adaptarem com facilidade ao local onde moram e os percebendo como satisfatório. Para corroborar com os achados de nossa pesquisa Chepp (2006) demonstra que ao avaliar a QV de idosos octogenários e nonagenários, também observou que não houve diferenças com relação à zona de residência entre ambos os grupos. Porém Matsudo (2001) relata que as condições de moradia em que os idosos estão inseridos podem determinar a dependência ou não dos mesmos, ou seja, intervindo na QV. Esse autor ainda coloca que é mais provável que um idoso esteja física e socialmente ativo se puder ir andando com segurança à casa de seus vizinhos, ao parque ou tomar o transporte local. Idosos que vivem em ambientes inseguros são menos propensos a saírem sozinhos e, portanto, estão mais susceptíveis ao isolamento e à depressão, bem como a ter mais problemas de mobilidade e pior estado físico, o que vem a influenciar a qualidade de vida. Esse relato pode ser confirmado por Castellón e Pino (2003) ao ressaltarem que os idosos com limitações em seu ambiente físico têm cinco vezes mais chances de sofrer depressão, e que a moradia e o ambiente físico adequado têm influência positiva na qualidade de vida do mesmo.

Na questão 24 que aborda à satisfação com o acesso a saúde, observou-se que não houve nenhuma diferença significativa ($p>0,05$) entre o grupo de idosos estudados, ou seja, a maioria dos idosos ativos (57%) e sedentários (40%) declarou que estão

“satisfeito”. Apontando que a prática do exercício físico não influencia em uma melhor percepção do acesso a saúde. Este achado provavelmente se deve ao fato da cidade de Caratinga ter em seus bairros equipes de PSF (Programa de Saúde da Família) que atendem diariamente a comunidade. Assim quando a população apresenta patologias menos graves, as mesmas são atendidas e medicadas no próprio bairro. Este fato pode ter refletido na melhor percepção de 48% dos idosos estudados em relação ao acesso a saúde, até mesmo daqueles indivíduos que se avaliam com “muito pouca” saúde, como é o caso dos idosos sedentários do nosso estudo.

Com relação à satisfação com o meio de transporte, observou-se que às respostas da questão Q25 foram basicamente equivalentes entre os grupos de idosos estudados, ou seja, não houve uma diferença significativa ($p > 0,05$) entre os grupos ativos e sedentários. A Tabela 9 mostra que a maioria dos idosos ativos (63%) declarou-se como “nem satisfeito/ nem insatisfeito” e “satisfeito” com seu meio de transporte, enquanto que 86% dos idosos sedentários também dividiram sua percepção em “nem satisfeito/ nem insatisfeito” e “satisfeito” com relação a este quesito. Apontando que em mais uma questão desse domínio a prática do exercício físico demonstrou não influenciar na melhora da QV. Este achado difere do estudo realizado por Benetti *et al.* (2005) que ao analisar as dificuldades no embarque e desembarque de ônibus urbanos da cidade de Florianópolis, entre dois grupos de idosos, observou que os idosos praticantes de exercício físico, além de apresentarem menor dificuldade neste quesito, também se mostraram mais satisfeito com o acesso a seu meio de transporte, quando comparado com os idosos não-praticantes de exercício físico. De acordo com Netto (1996) a população de baixa renda como é o caso dos idosos desse estudo, tem como principal meio de transporte os coletivos urbanos, os quais exigem do passageiro, mobilidade, força muscular e equilíbrio, elementos esses que vão se reduzindo com o processo de envelhecimento. Na opinião de Matsudo (2001) o processo de envelhecimento podem ser prevenidos ou resgatado com a prática do exercício físico, como coloca Okuma (1998) ao afirmar que o processo de envelhecimento do sistema muscular reduz as forças estática e dinâmica, mas se submetidos a programas regulares de exercícios físicos específicos para força elas se mantêm por mais tempo, podendo até aumentar. O treinamento sistemático dos elementos da aptidão física pode desacelerar a perda da massa muscular, mantendo-a ou até aumentando-a. Assim convém salientar que mesmo em nosso estudo a prática do exercício físico não ter apresentado interferência em uma

melhor satisfação ao acesso ao transporte, a literatura consultada acima deixa claro que a prática do exercício físico beneficia o idoso com relação ao acesso ao seu transporte.

Com base nas respostas das questões (Q1 à Q26) do questionário WHOQOL-bref, verificou-se que em 73% dessas questões os idosos praticantes de exercício físico obtiveram uma resposta mais otimista em relação à QV quando comparado aos idosos sedentários, demonstrando assim que em nosso estudo os idosos praticantes de exercício físico apresentaram uma QV melhor que os idosos que não praticam exercício físico. Esse achado corrobora com Viana (2003), que diz que a prática do exercício físico devolve ao idoso não somente a percepção de que ele ainda pode realizar tarefas físicas com seu corpo, mas, também, possibilita o reencontro com um grupo social de identidade própria que melhora a auto estima, o bem-estar e sua QV. Nahas (2001) também relata que o exercício físico representa uma espécie de antídoto que reduz os efeitos advindos com o envelhecimento, contribuindo para que o mesmo continue bem e com uma boa qualidade de vida, alegria e prazer suficiente para se sentir produtivo, ativo, amparado, amado, e mais ainda, se sentindo vivo.

Em uma revisão de pesquisas que associam o exercício físico relacionada com QV e saúde, Rejeski *et al.* (1996) apresentaram evidências indiretas da influência da atividade física sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde, indicando efeitos positivos do exercício sobre sintomas ligados tanto aos domínios da qualidade de vida no âmbito da saúde física, quanto aos da saúde mental. Na revisão dos referidos autores há elevado número de trabalhos estabelecendo relações positivas do estilo de vida ativo com as atividades da vida diária e o domínio das funções física, cognitiva e social. Essa percepção positiva pode ser exemplificada por meio da redução na dor e na fadiga, no vigor e energia, no desempenho cognitivo e neuropsicológico, nos estados de tensão e ansiedade, além de efetiva redução do estado de depressão, melhoria da atividade mental e relacionamento social. Monteiro (2001) conclui que “(...) a satisfação de vida está diretamente relacionada a atividade física (...)” Nahas (2001) afirma que as atividades físicas de lazer têm sido associado ao quadro de bem estar, à qualidade de vida e ao bom estado de saúde. Ressalta ainda, que tais efeitos ocorrem em todas as idades, mas, especialmente na meia idade e na velhice, períodos em que são maiores os riscos de agravamento à saúde, que costumam levar a diminuição da capacidade motora, da atividade útil e morte precoce. Algumas pesquisas consultadas na literatura obtiveram seus resultados confirmando a importância do exercício físico para a QV dos idosos como o de Rosa *et al.* (2003) que verificaram piora da QV de idosos que não estão

exposto a nenhuma intervenção, porém verificaram melhora da QV de idosos que foram submetidos a cuidados de intervenção físicas. Driusso (2000) também obteve aumento do índice de QV avaliada pré e pós-intervenção física para indivíduos acima dos 60 anos. Esses resultados demonstram que o envelhecimento pode não ser fator determinante de diminuição de QV, mas sim o isolamento social e a pouco exercício físico e mental. Guimarães (2004) realizou um levantamento na cidade de Aracaju - SE, e ao avaliar os idosos, identificou uma relação direta do nível de exercício físico de lazer com a qualidade de vida. Do mesmo modo Picolli *et al.* (2005), em levantamento realizado numa população na faixa etária de 60 à 80 anos, de ambos os sexos, observaram que o aumento da prática regular de atividade física contribuiu para a melhora da qualidade de vida dessa população. Assim, de acordo com os autores acima e o resultado apresentado em nosso estudo percebe-se que a prática da AF de lazer contribui para promoção da QV no envelhecimento, possibilitando que o idoso tenha a oportunidade de realizar atividade que lhe tragam benefícios tanto físico, mentais como sociais.

Com relação à influência do gênero na QV, verificou-se neste estudo que dentre as 26 questões do questionário WHOQOL-bref apenas duas dessas questões (Q2 e Q22) tiveram seus resultados influenciados por esta variável. O que demonstra estatisticamente que o gênero não intervém em uma melhor percepção da QV. Chepp (2006) ao realizar um estudo que relacionava os quatro domínios da QV (físico, psíquico, relações sociais e meio ambiente) com a faixa etária, gênero e zona de residência de idosos do município de Siderópolis-SC, comprovou que neste, não houve alterações estatisticamente significativas da qualidade de vida entre os gêneros e faixa etária, o que se assemelha ao resultado encontrado neste estudo.

4.3 – Domínios da Qualidade de Vida

A Tabela 10 apresenta quais dos domínios (físico, social, psicológico, ambiental e de âmbito geral) da qualidade de vida foram mais influenciados pela prática do exercício físico de lazer no grupo de idosos ativos.

Tabela 10: Domínios da Qualidade de vida influenciados pela prática do exercício físico no grupo de idosos ativos de Caratinga, MG.

Domínio	Porcentagem
social	79,40%
Âmbito geral	78,33%
psicológico	64,30%
físico	63,89%
ambiental	62,98%

Dentre os domínios da QV mais influenciado pela prática do exercício físico de lazer no grupo de idosos ativos estudados, é o domínio social. Para Pitanga (2005) a prática do exercício físico proporciona aos idosos interação com outras pessoas em condições e características semelhantes às suas, se sentindo melhor aceito pela sociedade e menos solitário. O mesmo autor ainda relata que a prática de exercício físico na terceira idade não é só importante para a melhoria da força física, mas, também, para aumentar a auto-estima, propiciar uma maior interação social e gerar prazer pela vida. Silva, (1999) também coloca que à medida que o idoso deixa-se envolver pelo exercício físico, o mesmo estará a conhecer e a conviver com diferentes pessoas, partilhar experiências e vivências comuns e, sobretudo, experimentar algo de novo. Chachamovich (2005) elucida a importância das redes sociais na velhice, sendo destacada como um fator positivo que influencia não somente o domínio psicológico, mas também os demais construtos.

De acordo com Silva (1999) e Chachamovich (2005), fica claro que o domínio social além de ser de grande relevância para a qualidade de vida, também é grande beneficiado pela prática do exercício físico. O segundo domínio mais influenciado pelo exercício físico é o de âmbito geral, que para Neri (2001) um estilo de vida fisicamente ativo está inversamente associado a uma variedade de enfermidades e morbidades, e que o exercício físico além de estar associada com uma melhor mobilidade, capacidade funcional e qualidade de vida durante o envelhecimento, exercendo efeito positivo na preservação da saúde, também é muito benéfica na prevenção quanto no tratamento de doença como aterosclerótica coronariana, hipertensão arterial sistêmica, acidente

vascular encefálico, doença vascular periférica, obesidade, diabetes melito tipo II, osteoporose e osteoartrose, câncer de cólon, mama, próstata e pulmão, ansiedade e depressão.

Na opinião de Pitanga (2005) para as pessoas com idade mais avançada ter QV está diretamente relacionado a ter uma boa saúde, com isso se o exercício físico promove melhorias na saúde, conseqüentemente os idosos que praticam exercício físico apresentam uma melhor QV. O domínio psicológico foi pela ordem o terceiro domínio mais citado dentre aqueles que mais é influenciado pelo exercício físico e que de acordo com Vieira (2002) é pelo fato dos benefícios da prática do exercício físico para os idosos, ir além do fisiológico, refletindo-se também psicologicamente e sociamente, isto é, está relacionado com o aumento da auto-estima e socialização dos indivíduos com idade mais avançada, o que contribui para minimizar os sintomas de solidão e depressão ocasionados pela pouca valorização, garantindo aos idosos uma melhor saúde mental. Para Benedetti (2005) o exercício físico em termos gerais melhora o humor devido à liberação de endorfina, hormônio que causa sensação de bem estar, isso é, relaxa o sistema músculo-esquelético, reduz a ansiedade e o estresse, aumenta a funcionalidade do sistema imunológico acarretando benefícios cardiovasculares e facilitando o controle da obesidade. Taylor (1990) em uma sistemática revisão de estudo também concluiu que os efeitos quanto ao bem-estar psicológico provocado pela prática da atividade física em idosos são claros, sendo um dos mecanismos de explicação para esses efeitos o aumento do fluxo cerebral durante o exercício. Segundo Vitta (2000) idosos ativos são mais independentes, autônomos e sadios e que boas condições de saúde física tem um efeito direto e significativo sobre a diminuição da angustia e estão relacionados a altos níveis de interação social e auto-estima. O mesmo autor ressalta que a saúde física e psicológica determina a ocorrência de uma boa QV na velhice. Esta afirmação pode ser confirmada por um estudo realizado por Fibra *et al.* (2006) onde os idosos ativos apresentaram um significativo aumento do escore psicológico, sugerindo uma tendência à melhora da QV. Este resultado ainda na opinião de Fibra *et al.* (2006) pode ser atribuído ao fato dos idosos ao saírem de suas casas para a prática de uma atividade física ou recreativa, entrar em contato com pessoas diferentes, ocuparem sua mente e seu tempo com eles próprios, cuidando do seu bem-estar e de sua saúde. Reitzes *et al.* (1996) em seu estudo destacaram melhora na saúde mental e nos aspectos emocionais em idosos que mantinham algum tipo de exercício físico, com influência direta na qualidade de vida.

Brand (1997) encontrou em sua pesquisa uma melhor pontuação dos idosos praticantes de exercícios físicos no domínio psicológico. Os resultados obtidos estão de acordo com os dados de outros estudos da área da saúde e da psicologia do exercício, que mostram que o comprometimento de um indivíduo em esportes ou exercícios físicos pode ser acompanhado da melhora de seu bem-estar subjetivo. Portanto, é plausível atribuir à melhora na qualidade de vida, dentro do aspecto psicológico, à prática regular de exercícios (BALESTRA, 2002).

O quarto domínio citado pelos entrevistados influenciado pelo exercício físico é o físico. Na opinião de Okuma (1998) o exercício físico é um recurso importante para minimizar a degeneração provocada pelo envelhecimento, possibilitando ao idoso manter uma QV ativa. Segundo essa autora evidências demonstram que mais da metade do declínio da capacidade física dos idosos é devido ao tédio, a inatividade e a expectativa de enfermidades e que o exercício físico regular e sistemático aumenta ou mantém a aptidão física da população idosa e tem o potencial de melhorar o bem estar funcional e, conseqüentemente diminuir a taxa de morbidade e de mortalidade entre essa população. Vitta (2000) ressalta que a boa saúde física é um poderoso preditor de bem estar na velhice. Ainda, segundo Vitta (2000), a satisfação com a vida, saúde visivelmente boa e senso de auto-eficácia são também importantes indicadores de bem estar na velhice e que exercícios, feitos regularmente, não somente favorecem a capacidade física, a resistência e a flexibilidade, como aumentam a velocidade psicomotora e o desempenho neuropsicológico.

Caldas (2006) afirma que o exercício físico oferece uma gama de benefícios no processo do envelhecimento, tais como: o aumento da flexibilidade e da amplitude dos movimentos, aumento da massa muscular e a diminuição da gordura corporal, melhora o sono, controla a ansiedade e a depressão, melhora a circulação local e a nutrição dos músculos, reduz a perda óssea, melhora a capacidade cardiorrespiratória e as dores articulares relacionadas com a má postura. Para Garcia (2008) a falta de atividade física regular é um potencial fator de risco que pode aumentar o declínio funcional e o aumento por tratamentos médicos. Nesse sentido, o incremento de programas de atividade física pode ser empregado como estratégia eficaz nos efeitos da dor, no aumento da energia, vitalidade, capacidade funcional, dentre outros aspectos físicos.

Em um estudo sobre QV na terceira idade realizado por Mota *et al.* (2002) a energia para o dia a dia apresentou resultados que demonstraram que o exercício físico contribui para a minimização da percepção da dor, além de melhorar a energia para a

vida diária. A locomoção tarefa importante para a independência dos idosos, também apresentou resultados que intensificam a importância do exercício físico neste quesito, não se esquecendo da importância do exercício físico para a capacidade para o trabalho, que além de fortalecer a musculatura também lhe oferece disposição. A procura por tratamentos médicos também vem ser grande beneficiada pela prática do exercício físico, visto que esta atua positivamente melhorando a saúde de idosos, e diminuindo assim sua procura por tratamentos. Massola (2007) também ao analisar a qualidade de vida de 28 idosos que realizam exercício físico periódico em um centro de saúde de Brasília-DF, observou que 75% dos entrevistados relataram que a dor atrapalha muito pouco ou nada e apenas 7,1% dizem atrapalhar bastante ou extremamente nas atividades de vida diária (AVD). No entanto, 92,8% do subdomínio desempenho de atividades no cotidiano relataram estar satisfeito ou muito satisfeito com o seu desempenho no dia a dia. A satisfação com a disposição (energia para o dia-a-dia) foi relatada por 85,7% dos entrevistados está muito ou completamente satisfeito e apenas 14,3% declararam não possuir tanta disposição.

Fibra (2006) ao avaliar a relação de 20 idosos com a sua própria qualidade de vida, antes e depois de uma intervenção de atividade física em grupo, observou que o domínio físico apresentou um valor de $p < 0,05$, mostrando assim uma melhora dos idosos com relação a esse domínio, isto porque na visão de fibra (2006) durante a atividade física, diversas substâncias são liberadas, como adrenalina, noradrenalina, cortisol e insulina, que vão intervir positivamente para que o indivíduo sinta uma melhora física.

Ruuskanen e Ruoppila, 1995 (apud Okuma, 1998) ao entrevistarem 1224 idosos finlandeses com idade entre 65 e 84 anos, também concluíram que as satisfações com a vida e a percepção subjetiva do bem-estar físico estavam significativamente relacionadas com a prática de atividade física. O último domínio a ser influenciado pelo exercício físico neste estudo foi o ambiental. De acordo com Filho (1998) se deve a este domínio receber indiretamente a influência do exercício físico, o que dificulta uma percepção mais clara por parte dos idosos com relação à contribuição do exercício físico neste domínio. Pereira *et al.* (2006) ao investigar a contribuição do exercício físico em cada domínio da qualidade de vida (âmbito geral, físico, social, psicológico e ambiental) e na qualidade de vida global de idosos residentes no município de Teixeira - MG, também verificou que o domínio ambiental foi o menos influenciado pelo exercício físico e Cieslak *et al.* (2008), também demonstrou em seu estudo que o exercício físico

exerce mais influência nos 3 primeiros domínios da QV, pois o domínio ambiental apresentou os piores resultados quanto a influência do exercício físico, como apresentado em nosso estudo.

5. CONCLUSÃO

A partir da análise do presente estudo, conclui-se que a prática do exercício físico regular apresenta um papel muito importante na manutenção da saúde física e mental do indivíduo na terceira idade, que é a fase em que há declínio nas capacidades biopsicossociais. Esse estudo comprovou que idosos praticantes de exercício físico se consideram com uma melhor qualidade de vida quando comparado a idosos que apresentam um estilo de vida sedentário.

Com relação à influência do exercício físico nos domínios da qualidade de vida, verificou-se que o domínio social foi o mais influenciado pela prática do exercício físico, seguido do âmbito geral, o psicológico, o físico e por último o ambiental. Demonstrando assim que os idosos ativos do estudo praticam exercício físico de lazer objetivando ampliar as suas relações sociais.

De acordo com a influência do gênero na qualidade de vida, não se verificou uma melhor percepção da qualidade de vida com relação ao gênero. Uma possível explicação para a ausência de significância estatística na comparação da qualidade de vida entre homens e mulheres, é o menor poder estatístico deste estudo.

6. RECOMENDAÇÃO

Considerando os benefícios advindos da prática do exercício físico para uma população envelhecida que está em crescente aumento, como é o caso do município de Caratinga, e que tem sua qualidade de vida comprometida pelo próprio processo de envelhecimento, recomenda-se que o poder público municipal incentive a formação de novos grupos de atividade física no município, tornando a mesma um hábito contínuo na vida dos idosos. Salienta-se que essa iniciativa além de ser de baixo custo, reduz os gastos públicos com a saúde e traz benefícios na melhoria de qualidade de vida.

Apesar de alguns bairros inseridos na área de estudo onde se tem grupos formados para a prática de exercício físico, nota-se um grande número de idosos sedentários, na razão pela qual se faz necessário que profissionais habilitados, que sejam contratados pelo poder público para ministrar exercícios físicos (fisioterapeuta e/ou educadores físicos) ministrem palestras explicando os benefícios proporcionados pela prática do exercício físico, contribuindo, desta forma para que mais idosos sedentários possam aderir aos grupos de exercícios físicos já formados nos bairros.

7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ASSIS, M. **Promoção da Saúde e Envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI / UERJ.** Tese (Doutorado). Apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

ALMEIDA, M.C.M. **Atividade física na terceira idade como meio alternativo de promoção à saúde.** Monografia (Graduação em Educação Física). Curso de Educação Física do ILESULBRA, Itumbiara, 2005.

ANDRADE, A. **O Estilo de Vida e a Incidência e Controle do Stress:** Um Estudo da Percepção de Idosos. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2001.

ASSUMPÇÃO, L.O.T.; MORAIS, P.P.; FONTURA, H. Relação entre Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida. **Revista Digital E.F. Desportos.** Buenos Aires, ano 8, n. 52, set/ 2002. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd52/saude.htm> Acesso em: 14 ago. 2009.

BABYAK, M.A.; BLUMENTHAL, J.A.; HERMAN, S.; KHATRI, P.; DORAISWAMY, M.; MOORE, K.; CRAIGHEAD, W.E.; BALDEWICZ, T.T.; KRISHNAN, K.R. *Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months.* **Psychosomatic Medicine**, v. 62, p. 633-638. 2000.

BALESTRA, C.M. **Aspectos da imagem corporal de idosos, praticantes e não praticantes de atividade física.** Dissertação (Mestrado). Faculdade de Educação Física de Campinas, UNICAMP, Campinas, 2002.

BALLOR, D.; KEESEY, R. *A meta-analysis of the factors affecting exercise-induced changes in body mass, fat mass and fat-free mass in males and females.* **International Journal of Obesity**. 15: p.717 – 726, 1991.

BRAND, A. **O impacto da perda da terra sobre a tradição kaiowá/guarani: os difíceis caminhos da Palavra,** Tese (Doutorado), História da PUC/RS, Porto Alegre, 1997.

BELTRAME, V. **Qualidade de vida de idosos diabéticos.** Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia, Porto Alegre (RS): PUCRS, 2008.

BENETTI, M.Z.; BENEDETTI, T.B. Idoso, Ônibus e Exercício Físico. **Revista Digital.** Buenos Aires, Año 10, n.87, Agosto de 2005. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>. Acessado em: 10 jul. 2009.

BELARDINELLI, R. et al. *Effects of short-term moderate exercise training on sexual function in male patients with chronic stable heart failure.* **Int. J. Cardiol.** v.101, n.1, p.83-90. May 11. 2005.

BORGES, S.S.; RAUCHBACH, R. Tendência a estados depressivos em idosos que não tem o hábito da prática da atividade física: um estudo piloto no Município de Curitiba. **Revista Digital**, v. 10, n. 70, Buenos Aires, 2004.

BORGOLINA, G., JACOBSSONA, U., EDBERGA, A.K., RAHMAHALLBERG, I. *Self-reported health complaints and their prediction of overall and health-related quality of life among elderly people*. **International Journal of Nursing Studies**, v.42, p.147 – 158, 2005.

BOWLING, A. Health Related Quality of Life: discussion of the concept, its use and measurement. In: BOWLING, A. (ed.). **Measuring Disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales**. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, p. 278-281, 1995.

CARVALHO FILHO, E.T.; PAPALÉO NETO, M. **Geriatría: fundamentos da psicologia do esporte e do exercício**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1994.

CALDAS, C.P. O Autocuidado na velhice. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A. Cap. 117, p.1117-1121. 2006.

CARROL, C.; MILLER, D. **Health: The Science of Human Adaptation** (5ª Edição). EUA: WMC Publishers. 1990

CARSTENSEN, L.L, PASUPATHI, M., MAYR, U.; NESSELROADE, J.R. Emotional Experience in Everyday Life Across the Adult Life Span. **Journal of Personality and Social Psychology**, 79 (4), 644-655. 2000.

CASTELLÓN A, PINO S. *Calidad de vida en la atención al mayor [Quality of life in the attention to the elderly]*. **Revista Multidisciplinar de Gerontología**. 13(3):188-192. 2003.

CASTRO, P.C. **Avaliação da Influência dos Programas Universidade Aberta da Terceira Idade e Revitalização Geriátrica sobre a Qualidade de Vida dos Idosos**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, UVSCar. São Carlos, 2007.

CAVALCANTI, K.B. Lazer e Terceira Idade: a contribuição da Educação Física no Trabalho Social dos Idosos. Artus: **Revista de Educação Física e Desporto**. Rio de Janeiro, n.8, 1981, 17-21.

CELICH, K.L.S. **Domínios de qualidade de vida e capacidade para a tomada de decisão em idosos participantes de grupos de terceira idade**. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Doutorado em Gerontologia Biomédica, Porto Alegre (RS): PUCRS, 2008.

CHAIMOWICZ, F. A Saúde dos Idosos Brasileiros às Vésperas do Século XXI: Problemas, Projeções e Alternativas. **Revista de Saúde Pública**. v.31, n.2, p.184-200, abr. 1997.

CHACHAMOVICH, E. **Qualidade de Vida em Idosos: Desenvolvimento e Aplicação do Módulo WHOQOL-OLD e Teste do Desempenho do Instrumento WHOQOL-BREF em uma Amostra de Idosos Brasileiros.** Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2005.

CHELLURI, L., GRENVIK, A., SILVERMAN, M. *Intensive care for critically ill elderly: mortality, costs, and quality of life.* Review of the literature. **Arch. Intern. Med.** v.155, n.10, p.1013 – 1022, 1995.

CHEPP, C.C. **Estudo Transversal da Qualidade de Vida através da Escala Whoqol-bref da População Octogenária e Nonagenária de Siderópolis.** Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, 2006.

CIESLAK, F.; SILVA, S.G.; BUZZACHERA, C.F. Nível de atividade física e suas possíveis barreiras em docentes universitários de Toledo – PR. **Revista Digital - Buenos Aires - Año 12 - n.118 - Marzo de 2008.** Disponível em: <http://www.efdeportes.com>. Acessado em: 10 abr. 2009.

DEBERT, G.G. *A reinvenção da velhice.* São Paulo: EdUSP, Fapesp, 1999. 267 p.

DELOROSO, F.T. **Avaliação da aptidão física em diabéticos submetidos a programa de atividade física: repercussões sobre domínios e facetas da qualidade de vida.** Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas. Campinas: [s.n.], 2004.

Del Pino, J.C.; **Educação em Bioquímica:** um programa disciplinar, José Olympo, São Paulo, 2003.

DIENER, E.; SUH, E. *National differences in subjective well-being.* In: Kahneman, D.; Diener, E.; Schwarz, N. (eds.). **Well-being: The foundations of hedonic psychology.** New York: Russell Sage Foundation. p.434-450. 1999.

DRIUSSO, P. **Efeito de um programa de atividade física na qualidade de vida de mulheres com osteoporose.** Dissertação (Mestrado), Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos, DeFisio-UFSCar, São Carlos, 2000.

FALCÃO, F.C.O.S. **Qualidade de Vida e Capacidade Funcional em Idosos com Dor Lombar Crônica.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Campinas, 2006.

FARIA JUNIOR, A. Atividade Física, Saúde e Meio Ambiente. Cap.3. In: FARIA JUNIOR, A.G.; CUNHA JUNIOR, C.F.F.; ROCHA JUNIOR, C.P.; NOZAKI, H.T. *Introdução à Educação Física.* Niterói: Corpus, 2003: 99-120

FARQUHAR, M. *Elderly people's definitions of quality of life.* **Soc. Sci. Med.** 41:1439-46. 1995.

FELIPE, M.R. **Atenção Alimentar e Nutricional a Turistas Idosos: Um Estudo da Rede Hoteleira de Balneário Camboriú /SC**. Tese (Doutorado). Programa de Pós-graduação do Centro de Educação de Balneário Camboriú, da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, Comburiu, 2006.

FERNANDES, P. **A depressão no idoso: Estudo da Relação entre Factores Pessoais e Situacionais e Manifestações da Depressão**. Quarteto Editora, 2000.

FLECK, M.P.A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública** [on line] v.34, p. 178-183, n.2. ISSN0034-8910. 2000.

FLECK, M.P.A.; LEAL O.F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA G. Desenvolvimento da Versão em Português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria** 21(1):19-28.1999.

FREITAS, E.V.; GHORAYEB, N.; PEREIRA, J.B.M.; GHORAYEB, C. Atividade Física no Idoso. *In*: FREITAS *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: GUANABARRA KOOGAN, 2002.

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. **Ver. Neurocienc.** 14(4):182-184. 2006.

FIGUEREDO, P.V. A influência do locus de controle conjugal, das habilidades sociais conjugais e da comunicação conjugal na satisfação com o casamento. **Ciência e Cognição** (on line), v. 6, p.123-132, 2005.

FILHO, E.M. **A Atividade Física no Processo de Envelhecimento – uma proposta de trabalho**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Educação Física da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, 1998.

FLÓ, C.; SANTARÉN, M.J. **Atividade Física e Envelhecimento Saudável**. São Paulo: Atheneu, 2006.

FRANKLIN, B.A. *Clinical Applications*. **ACSM'S Health e Fitness Journal**. v.5, n.2 Mar/Aph, 2001.

FREEDMAN, R. **Meu corpo... meu espelho**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994.

FREITAS, E.V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GALLO JR., L. *et al.* **Atividade física: “remédio cientificamente comprovado?”** A terceira idade, Editora SESC, ano VI, n.10, 1995.

GAUVIN, L.; SPENCE, J. *Physical activity and psychological well-being: knowledge base, current issues, and caveats*. **Nutrition Reviews**, 54, (4), S53-S65.1996.

GHORAYEB, N.; BARROS NETO, T.L. O exercício: preparação fisiológica, avaliação médica, aspectos especiais e preventivos. São Paulo: Atheneu, 2002.

GOULDING, A.; TAYLOR, R.W. *Plasma leptin values in relation to bone mass and density and to dynamic biochemical markers of bone reabsorption and formation in postmenopausal women. Calcif Tissue Int.* 63:456-8. 2003.

GUEDES, D.P; GUEDES, J.R.P. Atividade Física, Aptidão Física e Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde.** 1(1) , 18-35, 1995.

GUIMARÃES, M.A.; SILVA, K.; CAVALCANTI, O.M. Qualidade de vida dos participantes do Programa Academia da Cidade – Aracajú /SE. *In: Simpósio Nordeste de Atividade Física e Saúde, 6. Anais...* Recife: UPE, p.37. 2004.

GUSZKOWSKA, M. *Effects of exercise on anxiety, depression and mood. Psychiatr. Pol.* v.38, 4, p.611-20, Jul-Aug. 2004.

HARTMANN, S. *et al. The analgesic effect of exercise during labor Z. Geburtshilf. Neonatol.* v.209, n.4, p.144-50, Aug. 2005.

HELENE, A.F.; XAVIER, G.F.A. Construção da Atenção a partir da Memória. **Revista Brasileira de Psiquiatria.** v.25, supl. 2. São Paulo - SP, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acessado em: Nov. 2004.

HELUANY, C.C.V. **Perfil do Envelhecimento de Octogenários e Nonagenários Residentes em Siderópolis – SC.** Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2007.

HEERDT, M. O que é Qualidade de Vida? **Jornal – Missão Jovem**, 2000. Disponível em: www.pime.org.br/missaojovem/mjecologiavida.htm. Acesso em: 05/10/2005.

HOOTMAN, J.M.; MACERA, C.A.; HELMINCK, C.G.; BLAIR, S.N. *Quantify physical activity. Preventive Medicine*, 36:636-644. 2003.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Censo Demográfico 2005. Disponível em: <http://www.ibge.net/home/estatística/população/censo2000>. Acessado em: 18 ago. 2009.

IRIGARAY, T.Q. **Dimensões de Personalidade, Qualidade de Vida e Depressão em Idosos da Universidade para a Terceira Idade (Uniti/Ufrgs).** Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006.

JAKOBSSON, U.; HALLBERG I.R.; WESTERGREN A. *Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. Quality of Life Research.* 1(13):125-136. 2004.

JUNIOR, A.C.Q. **Dança de Salão, Funções Executivas e Memória em Idosos Institucionalizados.** Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciências

da Motricidade. Instituto de Biociências, Universidade Estadual Paulista, campus Rio Claro, São Paulo, 2008.

KOOL, J. *et al.* *Exercise reduces sick leave in patients with non-acute non-specific low back pain analysis.* **Journal of Rehabilitation Medicine**, v.36, n.2, p.48-62. 2004.

LAI, K.L.; TZENG, R.J.; WANG, B.L.; LEE, H.S.; AMIDON, R.L.; KAO, S. *Health-related quality of life and health utility for the institutional elderly in Tawain.* **Qual. Life Res.**, v. 14, p. 1169- 1180, 2005.

LEÃO, M.A.B.G. **Oficina de revisão de vida e bem-estar subjetivo em mulheres idosas: um estudo sobre um método de intervenção psicológica / Campinas, SP.** Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Faculdade de Ciências Médicas, Campinas (SP), 2005.

LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** 8(2):127-41. 2005.

LEMO, N., MEDEIROS, S. Lima. Suporte Social ao Idoso Dependente. *In:* FREITAS, E.V.; PY, L.; NERI, A.L.; XAVIER, F.A.; GORZONI, M.L.; ROCHA, S.M. (org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

MACHADO, E.L. **Atividade Física e o Nível de Ansiedade das Mulheres do Bairro da Serrinha.** Monografia de Graduação de Licenciatura em Educação Física. Departamento de Educação Física, UFSC. Florianópolis, 2003.

MALUF, A.M. **Motivos e Sentidos da Dança da Terceira Idade na Cidade de Presidente Prudente – SP.** Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Faculdade de Ciências e Letras do Campus de Assis, Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2002.

MANTOVANI, E.P. **Saúde Física, Indicadores Antropométricos, Desempenho Físico e Bem-Estar Subjetivo em Idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria do HC/UNICAMP.** Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas. Campinas (SP), 2007.

MARCELINO, V.R. **A Estruturação de um Programa de Trabalho Resistido para o Idoso: uma proposta de intervenção.** Dissertação (Mestrado). Programa em Pós-Graduação em Educação Física. Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Campinas, 2003.

MARTINI, S.A. **O Enigma do Idoso.** Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção Universidade Federal de Santa Maria - Campus-97105-900, Santa Maria, 2001.

MASSOLA, R.M. **Exercícios físicos na melhoria da qualidade de vida e capacidade de trabalho e na prevenção da dor e fadiga, entre trabalhadores de fábrica.** Dissertação (Mestrado em Educação Física)-Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 106f., 2007.

- MATSUDO, S.M.M. Envelhecimento e Atividade Física. Londrina: Midiograf, 2001.
- MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.K.R.; NETO, T.L.B.; ARAÚJO, T.L. Evolução do Perfil Neuromotor e Capacidade Funcional de Mulheres Fisicamente Ativas de acordo com a Idade Cronológica. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v.9, n.6, p. 365-376, 2003.
- MCAULEY, E.; COURNEYA, K.S.; RUDOLPH, D.L.; LOX, C.L. *Enhancing exercise adherence in middle aged males and females*. **Prev. Med.** v.23, p.498-506, 1995.
- METZNER, H.L. *et al.* *The relationship between frequency of eating and adiposity in adult men and women in the Tecumseh Community Health Study*. **American J. Clin. Nutr.** v.30 p.712-715, 2001.
- MEIRELLES, E.A. Morgana. Atividade física na 3ª Idade. Rio de Janeiro: Sprint, 1997.
- MEIRELLES, M.E.M. **Atividade Física na Terceira Idade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Sprint, 1999.
- MELLO, F. Y.; BARREIROS, J. A Terceira Idade, uma População de Peso a Nível Mundial. **Boletim da Sociedade Portuguesa de Educação Física**, 23, 23-33. 2002.
- MONTEIRO, C.S. **A Influência da nutrição, da atividade física e do bem-estar em idosos**. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção / Universidade Federal de Santa Catarina, p. 24-58, 2001.
- MORAES, E.P. **Envelhecimento do meio rural: condições de vida, saúde e apoio dos idosos mais velhos de Encruzilhada do Sul – RS**. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.
- MOTA, J.; FEIJÓ, A.; TEIXEIRA, R.; CARVALHO, J. Padrões de Atividade Física em Idosos avaliados por Acelerometria. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto - Portugal. **Rev. paul. Educ. Fís.**, São Paulo, 16(2): 211-19, Jul./Dez. 2002.
- MYERS, G.C. *Demographic aging and family support for older persons*. In: KENDIG, H.; HASHIMOTO, A.; COPPARD, L. (eds.). **Family support for the elderly: the international experience**. Oxford University Press, New York, p.31-68. 1999.
- NAHAS, M. V. **A atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 2. ed. Londrina: Midiograf, 2001.
- NERI, A.L. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: NERI, A.L. (org.). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus, 1993.
- NÉRI, A.L. Contribuições da Psicologia ao Estudo e à Intervenção no Campo da Velhice - 2001. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, p.69-80 - jan./jun. 2004.

NERI, A.L. O curso do desenvolvimento intelectual na vida adulta e na velhice. *In*: FREITAS, E.V.; PY, L.; NERI, A.L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M. L.; ROCHA S.M. (eds.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

NETTO, M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 1996: 242-247.

OKUMA, S.S. Dimensões psicológicas do envelhecimento e a atividade física. *In*: **Atividades físicas para a terceira idade**. Brasília: Sesi, DN, p.39-45, 1997.

OKUMA, S.S. O idoso e a atividade física. Campinas SP: Papyrus, 1998.

OKANO, H.A. Comparação entre limiar anaeróbio determinado por variáveis ventilatórias e pela resposta do lactato sanguíneo em ciclistas. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v.12, n.1, p.39-44, 2006.

OLIVEIRA, A.C.B. Estudo Comparativo dos Efeitos da Atividade Física com os da Terapêutica Medicamentosa em Idosos com Depressão Maior. São Paulo, s.n., 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *United Nations Populations Information NetWork – A guide to population information on UN system web site*. Disponível em: < <http://www.un.org/popin/>>. Acesso em: 21 de agosto, 2009.

PASCHOAL, S.M.P. **Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PASCHOAL, S.M.P. Qualidade de vida na velhice. *In*: FREITAS, E.V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.79-84, 2002.

PENNINX, B.W.; REJESKI, W.J.; PANDYA, J.; MILLER, M.E.; DIBARI, M.; APLEGATE, W.B.; PAHOR, M. *Exercise and depressive symptoms: a comparison of aerobic and resistance exercise effects on emotional and physical function in older persons with high and low depressive symptomatology*. **Journal of Gerontology Psychology Science**, v.57, n. 2, p.124- 132, 2002.

PEREIRA, R.J.; COTTA, R.M.M.; FRANCESCHINI, S.C.C.; RIBEIRO, R.C.L.; SAMPAIO, R.F.; PRIORE, S.E.; CECON, P.R. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista psiquiatr.** v.28, n.1 Porto Alegre. Jan./Abr. 2006. ISSN 0101-8108.

PEREIRA, A.P.F.V. **Aspectos sócio-demográficos e de saúde dos idosos com diabetes auto-referido: um estudo para o estado de Minas Gerais, 2003**. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Demografia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

PETROSKI, E.L. Efeitos de um Programa de Atividades Físicas na Terceira Idade. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. v.2, n.2, p.34-40, 1997.

PICOLLI, J.C.J.; BAERTOLETTI, G.T.O.; SANTOS, G.A. A prática da atividade física e sua relação com a qualidade de vida em cidades do Vale dos Sinos/RS. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, São Caetano do Sul, v.13, n.4 (supp), p.55, 2005.

PITANGA, F.S.G. Testes Medidas e Avaliação em Educação Física e Esportes. 4a Ed – São Paulo. Phorte, 2005.

PINTASSILGO, J. República e Formação de Cidadãos – A Educação Cívica nas Escolas Primárias da Primeira República Portuguesa. Lisboa: Edições Colibri, 1998.

POWERS, J.; HOFLAND, S.L. *Sexual Dysfunction in the Menopausal Woman: hormonal causes and management issues*. **Geriatric Nursing**, New York, v.17, n.4, p. 161-165, July/Aug. 1996.

PROSENEWICZ, I. **Relação entre Qualidade de Vida e Atividade Física em Idosos do Município de Rodeio Bonito –RS**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC. Joaçaba, 2006.

RABELO, H.T. **Os Efeitos do Treinamento Contra Resistência no Desempenho nas Atividades da Vida Diária de Mulheres Idosas**. Dissertação (Mestrado em Educação Física). Universidade Católica de Brasília, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação Física, Brasília, 2002.

RAMOS, J.V.; NUNES, E.M.C.; MENDES, O.C. **Qualidade de Vida e Capacidade de Realização das Atividades de Vida Diária (Avd) em Idosas Praticantes e Não Praticantes de Hidroginástica**. Dissertação (Mestrado). Faculdades Integradas de Bauru – FIB - Bauru, 2003.

REBELATTO, J.R.; MORELLI, J.G.S. **Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso**. São Paulo: Barueri, 2004.

REICHEL, W.M.D. Assistência ao Idoso. Aspectos Clínicos do Envelhecimento. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kookan, 2001.

REICHERT, C.L. **Associação entre Fatores Metabólicos, Antropométricos e Funcionais e Atividade Física em Idosos**. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde. Porto Alegre: PUCRS, 2007.

REITZES, D.C.; MUTRAN, E.J.; FERNANDES, M.E. Does retirement hurt well-being? Factors influencing self-esteem and depression among retirees and workers. **Gerontologist**. 1996; 36:649-656.

REJESKI WJ, BRAWLEY LR, SHUMAKER SA. *Physical activity and health-related quality of life*. **Exerc. Sport. Sci. Rev.** (24):71-108. 1996.

ROLIM, F.S. **Atividade Física e os Domínios da Qualidade De Vida e do Autoconceito no Processo de Envelhecimento**. Dissertação (Mestrado). Programa de

Pós-Graduação em Educação Física. Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, 2005.

ROSA, T.; BENÍCIO, M.H.; LATORRE, M.R.; RAMOS, L.R. *Determinant factors of functional status among the elderly*. **Revista Saúde Pública**. 37(1):40-8, 2003. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp. Acessado em: 10 jun. 2009.

RUBIN, E.H.; MORRIS, J.C.; GRANT, E.A. *et al.* *Very mild senile dementia of Alzheimer type*. 1. *Clinical assessment*. **Arch. Neurol.** 46:379, 1989.

RUSCH, S.G.S.; MALLETT, L.G.; SOUZA, L.D.M. Opções de Lazer e Atividades Físicas e sua Relação com a Qualidade de Vida em Idosos. **Revista Movimento & Percepção**, Espírito Santo do Pinhal, SP, v.9, n.12, Jan./Jun. 2008 – ISSN 1679-8678.

SALGADO, M.A. A Questão Social do Envelhecimento. *In: Manual de Geriatria e Gerontologia*. Ed. Brasileira de Medicina Ltda., Rio de Janeiro, p.87-98, 1985.

SANS, S.; PALUZIE, G.; PUIG, T.; BAIANÁ, L.; BALANGUER-VINTRÓ, I. *Prevalência del consumo de medicamentos em la población adulta de Cataluña*. **Gac Sanit.** 16(2):121-130. 2002.

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.

SANTAREM, J.M. Treinamento de Força e Potência. *In: GHORAYEB, N.; BARROS, T.L. O Exercício*, 1999.

SANTOS, S.S.C.; PACHECO, R.O. **Avaliação Global de Idosos em Unidades de PSF**. Textos Envelhecimento. v.7, n.2, Rio de Janeiro, ISSN 1517-5928, versão impressa, UNATI, Universidade Aberta da Terceira Idade, 2004.

SCHNADELBACH, R.R.; CAMPOS, H.J.B.C. Atividade física para promoção da qualidade de vida na maturidade. **Revista Digital** - Buenos Aires - Año 14 – n.134 – Jul. 2009. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>. Acessado em: 10 jun. 2009.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de Vida e Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.20, v.2, p.580-588, Mar./Abr., 2005.

SETTERSTEN, R.A. Jr.; MAYER, K.U. *Measurement of aging, age structuring, and the life course*. **Annual Review of Sociology**, 23, 233-261. 1997.

SHERPHARD, R.J. Envelhecimento Atividade Física e Saúde. Tradução de Maria Aparecida da Silva Pereira Araújo. Tradução de: *Aging, Physical Activity, and Health*. São Paulo: Phorte, 2003.

SILVA, M.G.S. Idosos aposentados: representações do cotidiano. **Revista Estudos Interdisciplinares Sobre o Envelhecimento**. Porto Alegre: Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento da PROREX/UFRGS, v.1, p.91-104. 1999.

SKEVINGTON, S.M.; CARSE, M.S.; WILLIAMS, A.C.C. *Validation of the WHOQOL-100: pain management improves quality of life for chronic pain patients. The Clinical Journal of Pain*, v.17, p.264-275. 2001.

SKINNER, J. *Biological, functional and chronological age. In: SPIRDUSO, W.; ECKERT, H. (eds.). Physical Activity and Aging. American Academy of Physical Education. Champaign, Illinois: Human Kinetics. Papers, v. 2, p. 65-68, 1989.*

SPIRDUSO, W.W. *Physical activity and aging: introduction. In: SPIRDUSO, W.; ECKERT, H. (eds.). Physical dimensions of aging. Champaign, Human Kinetics, 1995.*

SPIRDUSO, W. W. *Dimensões físicas do envelhecimento. Barueri: Manole, 2005.*

STELLA, F.; GOBBI, S.; CORAZZA, D.I.; COSTA, J.L.R. **Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física.** São Paulo: Motriz, v.8, n.3, p.91-98, 2002.

SUBASI, F.; HAYRAN, O. *Evaluation of life satisfaction index of the elderly people living in nursing homes. Arch. Gerontol. Geriatr.*, v.41, p.23-29, 2005.

TAVARES, E. Entrevista para a Folha de São Paulo. **Jornal Folha de São Paulo.** São Paulo, 8 de fevereiro, 2004.

TAYLOR, F.W. *Princípios da Administração Científica.* 8a ed. São Paulo: Atlas, 1990

THOMAS, J.R.; NELSON, J.K. **Métodos de pesquisa em atividade física.** Porto Alegre: ARTMED, 3ª ed.; 2002.

TIMM, L A. **A qualidade de vida no idoso e sua relação com o lócus de controle.** Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Psicologia – PUCRS. Porto Alegre, 2006.

TORELLY, I.W.O. **A Influência do trabalho na qualidade de Vida do idoso e na sintomatologia depressiva.** Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica - Instituto de Geriatria e Gerontologia, PUCRS. Porto Alegre, 2008.

VERAS, R.P. *Pais jovens com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil.* Rio de Janeiro: Relume Dumára/UERJ, 1994.

VERAS, R.P.; ALVES, M.I.C. *A População Idosa no Brasil: Considerações acerca o Uso de Indicadores de Saúde. In: MINAYO, M. C. S. (org.). Os muitos brasis: saúde e população na década de 80.* São Paulo: Hucitec, p. 320-337. 1995. (Saúde em Debate, 79).

VERAS, R. *A era dos idosos.* Disponível em: <<http://www.rits.org.br/>>. **Revista do Terceiro Setor.** Rio de Janeiro: Rede de Informações para o Terceiro Setor. Acessado em: 25 de setembro de 2002.

VERDERI, E. **O corpo não tem idade: educação física gerontológica**. 1. ed. Jundiaí: Fontoura, 2004.

VIANA, H.B. Avaliando a Qualidade de Vida de pessoas Idosas utilizando Parâmetros subjetivos. **Revista Brasileira de Ciência e Esporte**, Campinas, v.25, n.3, p.149-158, Mai. 2003.

VIEIRA, Z.M.; VIDIGAL, D.U. Influências da Atividade Física como Minimizador da Depressão na Terceira Idade. *In: V Congresso Paulista de Medicina do Esporte, V Jornada Internacional de Medicina do Esporte III Simpósio Dante Pazzanese de Cardiologia do Esporte e, II Simpósio de Traumatologia do Esporte*. São Paulo, SP 2002. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. v.8, n.5, Set./Out., 2002.

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

VITTA, A.; NERI, A.L.; PADOVANI, C.R.; **Doenças relatadas em homens e mulheres, sedentários e ativos, adulto e idoso/ Reported Illnesses in men and women, phisically active and inactive, Young adults and aged people**. *Salusvita*; v.24, n.1, p. 55-74, 2005.

WEINECK, J. Idade e Esporte. *In: _____*. **Biologia do Esporte**. São Paulo: Manole, parte VI, p.320-351. 1991.

WHOQOL GROUP. *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization*. **Soc. Sci. Med.**, v. 41, p.1403-1409. 1995.

ZAITUNE, M. P.A. **Fatores Associados á Hipertensão Arterial e à Prática de Atividade Física no Lazer em Idosos do Município de Campinas - SP**. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2005.

ZAMBRANA, M. O desporto na terceira idade. **Revista Horizonte**, v.7 (45), p.I-VIII. 1991.

8. ANEXOS

ANEXO 1 – Questionário sobre Qualidade de Vida – OMS (1999)

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. Tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Como exemplo:

Como está o seu estado de saúde?

Muito ruim	ruim	Nem ruim Nem boa	bom	Muito bom
1	2	3	4	5

Q 1 (G1) - Como você avaliaria sua qualidade de vida?

Muito ruim	ruim	Nem ruim Nem boa	bom	Muito bom
1	2	3	4	5

Q2 (G4) - Quão satisfeito(a) você está com sua saúde.

nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes refere-se o quanto você tem se sentido nas últimas duas semanas.

Q3 (F1.4) - Em que medida você acha que a sua dor física o impede de fazer o que precisa?

nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Q4 (F11.3) - O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Q5 (F4.1) - O quanto você aproveita a vida?

nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Q6 (F24.2) - Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Q7 (F5.3) - O quanto você consegue se concentrar?

nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Q8 (F16.1) - Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Q9 (F22.1) - Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

Q10 (F2.1) - Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?

nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Q11 (F7.1) - Você é capaz de aceitar sua aparência Física?

nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Q12 (F18.1) - Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Q13 (F20.1) - Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Q14 (F21.1) - Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?

nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas

Q15 (F9.1) - Quão bem você é capaz de se locomover?

Muito ruim	ruim	Nem ruim Nem bom	bom	Muito bom
1	2	3	4	5

Q16 (F3.3) - Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

Q17 (F10.3) - Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

Q18 (F12.4) - Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

Q19 (F6.3) - Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

Q20 (F13.3) - Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

Q21 (F15.3) - Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

Q22 (F14.4) - Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe dos seus amigos?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

Q23 (F17.3) - Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

Q24 (F19.3) - Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

Q25 (F23.3) - Quão satisfeito(a) você está com seu meio de transporte?

Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

Q26 (F8.1) - Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como, mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

nunca	Algumas vezes	frequentemente	Muito frequentemente	sempre
1	2	3	4	5

ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO COMPLEMENTAR

Com relação as características sócio demográficas e a prática regular de atividade física responda:

C1 - Qual a sua idade ?

- 1- de 60 à 64 anos
- 2- de 65 à 69 anos
- 3- de 70 à 74 anos
- 4- de 75 anos ou mais

C2 – Qual o seu nível de escolaridade?

- primário – 1ª à 4ª série
- 1º grau incompleto – 5ª à 8ª série
- 1º grau completo – 5ª à 8ª série
- 2º grau incompleto – 1º ao 3º ano
- 2º grau completo – 1º ao 3º ano
- nenhum desses

C3 – Qual o seu estado civil?

- solteiro
- casado
- divorciado
- viúvo

C4 – Qual a renda familiar mensal?

- de 1 à 3 salários mínimos
- maior que 3 à 5 salários mínimos
- maior que 5 à 7 salários mínimos
- maior que 7 salários mínimos

C5 – Qual é o seu sexo?

- masculino feminino

C6 - Pratica exercício físico de lazer atualmente?

- sim não

C7 - Você já praticou exercício físico de lazer em alguma época da sua vida antes de atingir os 60 anos?

- sim não

C8 - Em sua opinião a pratica do exercício físico faz falta no bem estar individual?

- 1 nenhuma
 2 pouca
 3 alguma
 4 muita
 5 extrema

C9 - Você acha que a sua disposição física com a idade vem se alterando:

- 1 nada
 2 pouco
 3 médio
 4 muito

C10 – Como você percebe essa alteração da sua disposição?

- negativa (mal disposto)
 positiva (bem disposto)

C11 - Atualmente como o Sr.(a). se sente em geral?

- 1 mal
 2 mais ou menos
 3 bem
 4 muito bem

ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro participante:

Gostaria de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “Avaliação da qualidade de vida de idosos ativos e sedentários residentes na cidade de Caratinga, MG” que se refere a um projeto do Mestrado Profissional em Meio Ambiente e Sustentabilidade, do Centro Universitário de Caratinga, para verificar se a presença de atividades físicas na vida modifica a avaliação subjetiva da qualidade de vida individual e em quais domínios da vida essa influência é mais evidente.

A sua forma de participação consiste no responder dois questionários, um que avalia a qualidade de vida e outro questionário complementar sobre a prática das atividades físicas. Asseguramos que não ocorrerá a identificação do participante, garantindo assim o anonimato, bem como não haverá gastos nem riscos para o participante. Salientamos que não estão previstos ressarcimentos ou indenizações ao participante e que o resultado dessa pesquisa poderá contribuir positivamente para maiores informações sobre o bem estar de pessoas da terceira idade.

Eu confirmo que a pesquisadora Laura Aparecida Lima Moreira, explicou-me os objetivos dessa pesquisa, bem como a forma de participação. Eu li e compreendi esse termo de consentimento, e concordo em participar como voluntário dessa pesquisa.

Caratinga, _____ de _____ 2009

Participante convidado

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)