

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

MILENA RIGOTTI

**QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS,
A ATIVIDADE FÍSICA E SEUS BENEFÍCIOS: ESTUDO DE REVISÃO**

Porto Alegre, Dezembro de 2011.

MILENA RIGOTTI

**QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS,
A ATIVIDADE FÍSICA E SEUS BENEFÍCIOS: ESTUDO DE REVISÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Educação Física, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Alberto de Oliveira Monteiro.

Porto Alegre, Dezembro de 2011.

Agradecimentos

Aos meus pais, Luiz Alberto (Beto) e Maria Eliane e aos meus irmãos (Graziella e Gustavo), pelo apoio constante.

Ao meu namorado (Thiago), pela paciência e dedicação ao longo desta jornada.

Aos meus professores que me auxiliaram e sempre transmitiram conhecimento com excelência. Em especial ao Professor Alberto Monteiro, que me aconselhou e orientou neste estudo, e a Professora Diná Pettenuzzo Santiago, que me apoiou no projeto.

À SOMBRA DESTA MANGUEIRA

*Os critérios da avaliação da idade,
da juventude ou da velhice, não podem ser os do
calendário. Ninguém é velho só porque nasceu há muito
tempo ou jovem porque nasceu há pouco tempo. Somos velhos
ou moços muito mais em função de como pensamos o mundo,
da disponibilidade com que damos curiosos ao saber,
cuja procura jamais nos cansa e cujo achado
jamais nos deixa imovelmente satisfeitos.*

*Somos moços ou velhos muito
mais em função
da vivacidade,
da esperança
com que estamos
sempre prontos
a começar tudo de
novo e se o que fizemos
continua a encarar sonho nosso,
sonho eticamente válido e politicamente necessário.*

PAULO FREIRE

RESUMO

O objetivo do trabalho é investigar a contribuição do engajamento em atividades físicas para a melhoria da qualidade de vida dos idosos, nos componentes biológico, psicológico e social. A metodologia inclui uma pesquisa bibliográfica em torno dos conceitos centrais da qualidade de vida em idosos, do envelhecimento e da atividade física, com intuito de entender seus componentes, além da análise de artigos científicos, dissertações de Mestrado e teses de Doutorado, prioritariamente publicados entre os anos de 2007 e 2011. Infere-se que, apesar de ser amplamente abordada na literatura, a importância da atividade física nos âmbitos fisiológicos e psicossociais, como variáveis inter-relacionadas para a melhora na qualidade de vida, pouco se localizou a respeito do componente social da atividade física no meio estudado. O trabalho conclui que são necessárias maiores investigações e pesquisas, como forma de complementar a formação dos futuros profissionais da área, tendo em vista o elevado incremento de idosos na pirâmide populacional.

PALAVRAS-CHAVE

Qualidade de vida; Envelhecimento; Atividade Física.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Pentáculo do Bem-estar.....	29
FIGURA 2 – Esferas da Qualidade de vida.....	30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 METODOLOGIA	13
2.1 Caracterização da investigação	13
2.1.1 Plano de coleta de dados	13
2.1.2 Identificação das fontes	13
2.1.3 Localização das fontes	13
2.1.4 Compilação	13
2.1.5 Fichamento	14
2.1.6 Análise e interpretação	14
2.1.7 Redação	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 Envelhecimento	15
3.1.1 O paradigma da Terceira Idade	17
3.1.2 Alterações relacionadas ao Envelhecimento	18
3.2 Qualidade de vida	22
3.2.1 Sobre o conceito “Qualidade de vida”	22
3.2.2 Instrumentos de Avaliação da Qualidade de vida	25
3.2.3 Fatores relacionados à Qualidade de vida	28
3.2.4 Rede de apoio ao envelhecimento com qualidade	34
3.3 Atividade Física	39
3.3.1 AF x Indicadores biológicos	41
3.3.2 AF x Saúde psicológica	43
3.3.3 AF x Integração social	44
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	50

1 INTRODUÇÃO

Não temos que nos preocupar em viver longos anos, mas em vivê-los satisfatoriamente; porque viver longo tempo depende do destino, viver o domínio de si mesmo depende da tua alma. A vida é longa quando é plena; e se faz plena quando a alma recuperou a posse de seu próprio bem e transferiu para si o domínio de si mesma.

Sêneca, Cartas a Lucílio.

Estimular e implementar a autonomia funcional na população idosa é um dos objetivos comuns aos profissionais que atuam na área da Educação Física, visto que torná-los mais independentes é uma ação de fundamental relevância para a sociedade atual. Contudo não basta abordar apenas do fator físico, pois, como será visto na revisão, existe uma inter-relação de vários fatores que culminam em um estilo de vida saudável, e por consequente em uma qualidade de vida (QV) satisfatória.

Atualmente várias pesquisas são realizadas a respeito do envelhecimento e suas consequências, trazendo ao público importantes considerações sobre a perspectiva de vida para os idosos. Dentre os assuntos mais abordados estão o aumento na expectativa de anos vividos e a melhora na QV.

Como é possível evidenciar na atualidade as mudanças ocorrem de forma muito rápida, isto é, a cada piscar de olhos novidades são divulgadas através da internet e percorrem o mundo com um clicar do mouse, da mesma forma os humanos são impactados pelo meio em que vivem. Assim, Zimerman (2000) esclarece que hoje em dia as pessoas vivem mais, a tecnologia avança rapidamente, novos meios de comunicação surgem, e nos bombardeando com informações e dados novos a cada instante, as mudanças acontecem em alta velocidade, a vida é cada vez mais agitada, o tempo cada vez menor e as condições econômicas são mais difíceis, assim a sociedade passa por grandes modificações. Essas exigem uma introdução de novos conceitos e maneiras diferentes de viver, além de uma grande flexibilidade e capacidade de adaptação, que pessoas idosas nem sempre dispõem, levando-as a ter maiores problemas. A autora também afirma que o aumento do número de idosos no Brasil, até há pouco considerado um país de jovens, muda a realidade e traz a consciência de que a velhice existe e é uma questão social, a qual necessidade de uma atenção diferenciada.

A alteração demográfica evidenciada através do aumento da expectativa de vida, pode ser justificada através da redução dos índices de fecundidade, mas

principalmente devido as chances de sobrevivência serem maiores que no passado, podendo ser resultado do avanço das intervenções médicas, maior conhecimento sobre doenças e fatores debilitantes, e principalmente mudanças no estilo de vida.

O crescimento do número de idosos ocorre, não só no Brasil, mas no mundo inteiro. Nos países em desenvolvimento pode-se perceber esse “fenômeno” (o envelhecimento populacional) num espaço de tempo menor que nos países desenvolvidos. No Brasil, são consideradas idosas as pessoas com 60 anos ou mais, enquanto que nos países desenvolvidos considera-se acima de 65 anos de idade.

Segundo a OMS¹ (Organização Mundial da Saúde), até 2025 o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Contudo ainda é grande a desinformação sobre a saúde do idoso e suas particularidades. E apesar do aumento da expectativa média de vida, o assunto precisa ser acompanhado para objetivar a melhoria e manutenção da saúde, e da QV.

O peso social e econômico dos idosos passou a ser percebido, segundo Zimmerman (2000), a partir do momento em que seu percentual demográfico foi alterado, isto é, quando sua presença na população era insignificante, ninguém lhes dava muita atenção, mas atualmente é cada vez maior o número de idosos, de maneira que se tornou impossível passarem despercebidos. Assim, cada vez mais estudiosos e a sociedade procuram entender e propor ações para manutenção da saúde dos idosos, visto que na ausência essa, os custos se elevam nessa fase da vida.

Evidencia-se que, na atualidade, as políticas públicas que atendem à população idosa não crescem em mesma proporção que a expectativa de vida das pessoas. Rodrigues (2009) reforça as ideias anteriores, relatando que a humanidade está vivendo mais e, em consequência, o envelhecimento populacional é hoje uma realidade mundial, com isso, um desafio persiste para a maioria dos países, como o Brasil: o “viver melhor” até as fases mais avançadas da vida. Ao mesmo tempo, o aumento da expectativa de vida cresce com a vivência de hábitos saudáveis e de lazer, mantendo o indivíduo ativo e integrado na família e nos grupos sociais. Sendo

¹ World Health Organization - **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il. Título original inglês: Active ageing: a policy framework. WHO/NMH/NPH/02.8

importantes, vivências prazerosas que gerem oportunidades de encontros, novos desafios, de valorização da autoestima e do sujeito-corpo por inteiro.

Destaca-se desse modo a epigrafe de Sêneca, que dá início a este item, que traz uma visão de como o envelhecimento era visto no passado. A ideia de viver os anos de forma satisfatória permanece viva na atualidade, sendo um anseio de todos, contudo o conceito de que viver um longo tempo dependente apenas do destino, não é mais difundido. Pois, apesar de eventos incontroláveis, serem atribuídos ao “destino”, que por sua vez possui papel importante nas trajetórias de vidas, existem outros vários fatores controláveis que podem assegurar mais anos e melhor qualidade nesses ao longo da vida.

Assim, no item 3.1 o tema “Envelhecimento” será abordado com maior profundidade, visto que se faz necessário compreender o que é e como esse processo atinge os seres humanos, para intervir de forma adequada.

Quando se fala em QV, alguns fatores são elencados como de maior relevância, dentre esses, Nahas (2003) destaca que o estilo de vida passou a ser considerado fundamental na promoção da saúde e redução da mortalidade. Conforme o autor existem fortes evidências de que indivíduos ativos fisicamente têm uma expectativa de vida ampliada em anos de vida produtiva e independente, e que os custos relativos à saúde pública podem ser sensivelmente menores em populações mais ativas fisicamente. O autor também esclarece que dentre os fatores que mais ameaçam o bem-estar da pessoa idosa, destaca-se a perda da independência (decorrente de doenças crônicas ou acidentes), a falta de uma rede de social (amigos e familiares), as questões de ordem financeira, que acabam determinando a qualidade do atendimento médico e da alimentação, assim como o acesso às atividades de lazer.

A Atividade Física (AF) na Terceira Idade tem como principal objetivo retardar o processo de envelhecimento, mantendo assim a autonomia física e uma vida saudável, trazendo melhorias na aptidão física, na capacidade funcional dos idosos e na socialização, além de promover o bem-estar e a QV (dimensões mais subjetivas).

Conforme Paschoal (1996), de todos os grupos etários, as pessoas idosas são as mais beneficiadas pela AF regular. O mesmo autor esclarece que o risco de muitas doenças e problemas de saúde comuns na velhice (doenças cardiovasculares, câncer, hipertensão arterial, depressão, osteoporose, fraturas

ósseas, diabetes) pode ter menor incidência com AF regular. Da mesma forma, segundo Nieman (1999) pessoas idosas que se exercitam regularmente relatam que dormem melhor, são menos vulneráveis a doenças virais e possuem uma melhor QV que as sedentárias. Entretanto, conforme esse autor, estudos nacionais indicam que somente cerca de 37% dos homens idosos e 24% das mulheres participam de atividades três ou mais vezes por semana durante trinta minutos ou mais. Esses percentuais são inferiores aos de qualquer outra faixa etária. Sendo esse um dos impedimentos do incremento de QV para pessoas idosas.

Para Okuma (2004) a AF estruturada e sistemática é de fundamental importância para o desenvolvimento das valências físicas e para aquisição e manutenção da saúde. Dessa forma o papel da Educação Física se destaca por contribuir nas funções fisiológicas, cognitivas e emocionais, ou seja, na QV, sendo também uma das possibilidades de educação permanente e inserção social do idoso, além de estímulo a participação em AF e manutenção da independência.

É possível identificar que a QV no Envelhecimento é influenciada pelo estilo de vida, que por sua vez possui relação direta com o nível de AF, qualidade nutricional da dieta, manutenção da função psicossocial ativa e outros fatores externos.

Os temas QV em idosos e AF como fator decisivo para uma boa saúde física, bem-estar psicológico e integração social, serão abordados de forma mais emblemática e detalhada nos itens 3.2 e 3.3.

Wolff (2009) reforça que discussões sobre o envelhecimento com QV tem ocupado muitos espaços em publicações recentes pois é visível a transformação qualitativa no processo de envelhecimento em determinados grupos de idosos. Esse assunto se fortalece quando é considerada a aproximação entre o tema e a área do esporte e lazer.

Assim, os profissionais da saúde devem lidar com os desafios do envelhecimento, tornando-o saudável para que os idosos sejam um recurso cada vez mais valioso para suas famílias, comunidades e para o país, como afirmado na Declaração da OMS sobre Envelhecimento e Saúde, em Brasília, em 1996².

² Conforme WHO.WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

Desta forma, são objetivos deste trabalho:

a) Objetivo Geral

Conhecer e aprofundar o conhecimento sobre o envelhecimento, QV e o papel da AF neste contexto.

b) Objetivos Específicos

- Estudar a relevância da AF para a melhora da QV em Idosos.
- Identificar os componentes que auxiliam a melhora da QV.
- Contribuir no sentido de reforçar a importância da AF para a melhoria da saúde e, principalmente, da QV do idoso, visando também os fatores psicossociais.

As temáticas acima serão abordadas com maior profundidade nos próximos capítulos, que incluem além da revisão de literatura, artigos científicos recentes.

2 METODOLOGIA

Neste item será esclarecido o processo metodológico utilizado para a obtenção das referências desta revisão, que é composta da análise de literatura e também envolve discussões a cerca de métodos e resultados publicados.

2.1 Caracterização da investigação

Este estudo se caracteriza por ser uma pesquisa bibliográfica que visa realizar uma avaliação crítica na literatura existente na área da QV de idosos e AF, buscando um maior aprofundamento sobre o assunto e justificando a importância do mesmo.

2.1.1 Plano de coleta de dados

Para realizar a pesquisa atual, os procedimentos que foram utilizados são citados a seguir:

2.1.2 Identificação das fontes

Através de procura na internet e bibliotecas, em periódicos de artigos científicos, em revistas científicas, em teses de Doutorado e dissertações de Mestrado (defendidos na UFRGS) publicados, prioritariamente, entre 2007 e 2011, e em livros referentes ao assunto. Alguns estudos publicados anteriormente a 2007 foram analisados, de acordo com sua relevância para a pesquisa.

2.1.3 Localização das fontes

Através dos fichários de bibliotecas para obtenção de livros e periódicos, localizando publicações recentes e atuais sobre o assunto e na Internet em sites atualizados e informativos.

2.1.4 Compilação

Leitura do material selecionado, a fim de identificar informações, estabelecer relações entre as informações obtidas, analisar a consistência das informações. A

leitura do material segue uma determinada sequência: Leitura exploratória, Leitura seletiva, Leitura analítica e Leitura interpretativa.

2.1.5 Fichamento

Procedimento que ocorre após a leitura do material e se faz à confecção das fichas através da identificação das obras consultadas, do registro do conteúdo da obra, do registro dos comentários em relação à obra, colocando em ordem os registros e classificando as fichas.

2.1.6 Análise e interpretação

Foi realizada a crítica do material consultado, sendo considerado um juízo de valor sobre determinado material científico.

2.1.7 Redação

Etapa final da pesquisa, na qual o estudo foi redigido dentro das normas exigidas pela comissão de graduação do curso de Educação Física – Bacharelado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste item serão analisadas as referências coletadas, de forma conectar as informações e interesses, além de comentários a cerca dos assuntos abordados.

3.1 Envelhecimento

O conceito do envelhecimento pode ser definido como universal e heterogêneo: “A primeira verdade sobre o envelhecimento é que todos envelhecem. A segunda verdade é que todos envelhecem de formas diferentes” (SPIRDUSO, 2005, p.3).

Ainda assim, podemos identificar várias semelhanças na forma como esse processo atinge os humanos, mudanças estas que serão analisadas a seguir.

A mesma autora esclarece que a idade cronológica é de fácil contagem, porém “[...] estudiosos e cientistas querem mais; desejam compreender as causas e os processos fundamentais do envelhecimento para que a quantidade de vida dos seres humanos possa ser maximizada”. (SPIRDUSO, 2005, p.6).

Segundo Nahas (2003) o envelhecimento humano é definido como um processo gradual, universal e irreversível, que se acelera na maturidade e provoca uma perda funcional progressiva do organismo. O autor esclarece que é gradual porque não ocorre de uma semana para outra, que é universal porque afeta todos de uma espécie de forma similar e que, apesar de todo marketing em torno do rejuvenescimento, as evidências indicam que o processo de envelhecimento pode ser acelerado ou desacelerado por fatores ambientais e comportamentais, mas não pode ser revertido.

Assim, esse é um processo pelo qual todos os seres vivos passam, sendo de vital importância compreender os fatores que podem contribuir para melhoria na qualidade dos anos vividos, visto ser impossível revertê-lo.

O envelhecimento também pode ser definido como:

Uma série de processos que ocorrem nos organismos vivos e que com o passar do tempo leva à perda da adaptabilidade, à alteração funcional e eventualmente à morte. É um processo fisiológico que não necessariamente ocorre paralelamente à idade cronológica e que apresenta considerável variação individual. (MATSUDO, 1997, p.23-24).

A mesma ideia é descrita por Spirduso (2005), que acrescenta que o envelhecimento não é processo de deterioração biológica por si só, mas um conjunto de escolhas ao longo da vida (exceto fatores genéticos) que ocasionam a redução da adaptação, fazendo com que o sistema fique defasado.

Para os autores Filho, Santin e Vieira (2005), Sócrates é interpretado na obra *A República*, na qual para o filósofo alguns entendem a velhice como um fardo. Esse ressalta que a culpada pelos dissabores, não é a velhice, pois se assim fosse, para todos os que chegaram a essa fase ela seria tida como um martírio. O fator decisivo que fará as pessoas viverem bem ou mal essa fase da vida é o caráter delas próprias. Os autores complementam com uma passagem de Platão que evidencia que o temor do envelhecimento se dá a partir da percepção de finitude do ser, da aproximação com o fim da vida, com a morte. Em uma cultura em que se encara o idoso como objeto descartável e obsoleto, já que só se tem olhos àqueles que são produtivos, capazes de gerar lucro, o envelhecimento era sinônimo de improdutividade.

O envelhecimento é um processo generalizado, pois ocorre com todos, contudo a forma como esse se dará depende de como o indivíduo encara essa fase da vida, que em outros tempos era lembrada como a proximidade da morte e agora é celebrada, cada vez mais, como um triunfo da vida. Tal entendimento corrobora com o pensamento de Ramos (1997), que avalia que o envelhecimento não é patológico, pois acontece a todos os seres humanos. Contudo a senilidade é, portanto, não necessariamente acompanha o envelhecimento.

Esse pensamento também é entendido, visto que:

Embora muitos ainda associem o passar dos anos ao acúmulo de doenças, entendendo que invariavelmente teremos que conviver com inúmeros problemas de saúde e limitações com o avançar da idade, os atuais conceitos científicos demonstram que **o processo natural de envelhecimento não é um fator impeditivo** para a maioria das atividades cotidianas de um adulto em qualquer idade, e que as verdadeiras responsáveis pelas deficiências e disfunções atribuídas à velhice são **as doenças, que podem ser prevenidas e/ou tratadas eficientemente** na maior parte das vezes. (FILHO, 1997, p.1).³

Para Nóbrega et al. (1999) o envelhecimento é um processo contínuo durante o qual ocorre declínio progressivo de todos os processos fisiológicos. Dessa forma, descobrir as virtudes da velhice, prolongar a juventude e envelhecer com boa QV

³ Os grifos na citação seguem a obra original.

individual e social têm sido preocupações constantes dos seres humanos manifestadas nos domínios da filosofia, do direito, das religiões, da medicina e das ciências sociais. Paschoal (1996) corrobora com essa ideia e acrescenta que o processo de aumento da faixa etária e óbito em idades mais avançadas são conquistas socioeconômicas iniciadas no século XIX e ratificadas no seguinte. Contudo, tem se verificado um grande impacto dessa evolução na sociedade atual, pois apesar de todas as descobertas científicas, existe ainda um grande número de doenças crônico-degenerativas impedido um envelhecimento mais saudável, além dos graves problemas de ordem socioeconômica, assim uma boa parte dos que envelheceram no século passado não tiveram acesso à QV que sonharam encontrar em sua velhice.

Para Livtóc (2004) o envelhecimento bem sucedido pode ser caracterizado por três ocorrências que se inter-relacionam de forma dinâmica: a baixa probabilidade de doenças e de incapacidades associadas a elas, a boa capacidade funcional, tanto física quanto cognitiva, e participação ativa na sua comunidade.

Da mesma forma que Spirduso (2005), esclarece que o envelhecimento ocorre com passar do tempo, contudo são poucas pessoas realmente morrem por causa da idade, sendo a maioria das mortes devido aos corpos perderem a capacidade de suportar os fatores de estresse, físicos ou ambientais. Esclarece que, com o envelhecimento há uma perda na capacidade de reserva o que reduz a aptidão de se adaptar de forma rápida e eficientemente.

Conforme Guedes (2001) o envelhecimento é um ciclo da vida, que pode ser orgânico com suas alterações anatômicas, fisiológicas e psíquicas, como moral e social. Tais mudanças serão relatadas com maior ênfase nos próximos itens.

3.1.1 O paradigma da Terceira Idade

Conforme Zago et al. (2000) para muitos a aposentadoria significa a entrada na Terceira Idade representando uma queda nas atividades profissionais e particulares, além do processo natural que ocorre com o tempo, dispersando o círculo das relações familiares e com amigos, somando aos óbitos ocorridos. Os autores relatam que tais eventos desenvolvem um sentimento de inutilidade e, por conseqüência, uma falta de interesse pelas atividades do cotidiano. Assim, acreditam que o envelhecimento está intimamente ligado a algumas implicações

funcionais que podem gerar a perda de autonomia e consequente dependência de parentes ou amigos.

Com todas estas perdas e alterações trazidas pelo envelhecimento pessoas idosas tendem a ser afastar do convívio social por receio e preconceito. Assim, justamente na fase da vida que mais precisam de suporte social, ocorre, com frequência, o isolamento.

Para Filho (1997) com o envelhecimento nos tornamos mais propensos a desenvolver doenças crônicas, seja por alterações orgânicas advindas do envelhecimento ou por hábitos inadequados que, durante toda a vida, prejudicaram nossos determinantes básicos da saúde.

Contudo, é importante reforçar que a inexistência de estados patológicos (doenças) não equivale a presença de saúde. A OMS definiu saúde como um estado de bem-estar biopsicossocial, ou seja, um estado de equilíbrio entre todos os determinantes físicos, sociais e emocionais do ser humano (WHO, 1946).

A seguir são descritas as principais alterações físicas, psicológicas e sociais decorrentes do envelhecimento.

3.1.2 Alterações relacionadas ao Envelhecimento

O envelhecimento é definido de diferentes maneiras, conforme descrito anteriormente, e segundo Mazo (2004) esse está relacionado com os seguintes fatores: ambientais, genéticos, biológicos/fisiológicos, psicológicos, sociais, culturais, entre outros.

Tal conceito também é adotado por Livtoc (2004) que define o fenômeno do envelhecimento por ter diversos fatores e dimensões (multifatorial e multidimensional), visto que a maior ou menor importância desses fatores e seus diferentes graus de interação justificam a grande variabilidade de comportamento fisiológico e psicossocial entre cada indivíduo idoso.

A mesma ideia é trazida por outro autor:

Na dimensão biológica a velhice se apresenta como uma dura realidade vivida num corpo que se transforma e se torna feio ao desviar-se do padrão de beleza vigente na sociedade, corpo que enfraquece e que perde o vigor da juventude, tornando mais suscetível a doenças, se comparado às etapas anteriores. Na dimensão psicológica a velhice é ainda mais temida diante da ameaça de declínio das capacidades mentais. A cabeça se apresenta como a possibilidade de continuar sendo a mesma pessoa diante das transformações que mudem a sua aparência. Na dimensão social o

significado do corpo na velhice não está no que ele é, mas o que ele representa, ele exalta a vida e suas inúmeras possibilidades, mas ao mesmo tempo proclama sua finitude existencial. (BLESSMANN, 2004, p.36).

Segundo Ramos (1997) esse processo pode depender de fatores como hábito de vida e herança genética. Ao pensar em uma medida que amenizasse o envelhecimento, ganho de qualidade nesse processo inerente a todos, torna-se evidente que os hábitos de vida são uma variável que pode ser controlada, visto que a genética é determinada através da herança.

Meirelles (2000) ressalta que no aspecto fisiológico, o envelhecimento tem um início precoce, logo após o término da fase de desenvolvimento e estabilização, prosseguindo por um longo período, não sendo tão evidente até o momento em que as alterações estruturais e/ou funcionais se mostram mais grosseiras.

O passar da idade resulta em modificações estruturais nos componentes morfológicos. Assim, ambos os sexos começam a apresentar alterações nos aspecto exterior, tais como:

- Embranquecimento dos cabelos;
- Alterações na fala;
- Maior lentidão nos movimentos;
- Declínio do equilíbrio e diminuição da força e rapidez de reação.

As mudanças internas no organismo ocorrem pelo mau ou irregular funcionamento e pelas alterações do metabolismo basal (respiratória, circulação, tônus muscular, temperatura corporal, atividade glandular). Conforme Costa (2003), esses fatores podem desencadear:

- a) Um maior acúmulo de gordura na região central do corpo;
- b) Alterações nas funções orgânica, tais como: perda da capacidade aeróbia (VO₂), resistência cardiovascular, força, resistência motora esquelética, perdas cognitivas e integridade neural.

Neste âmbito (fisiológico) o envelhecimento é caracterizado por transformações progressivas e irreversíveis no decorrer tempo. Estas alterações normalmente são as mais acentuadas e também as mais visíveis por alterarem as

aptidões físicas e a estética do idoso, sendo inevitáveis, contudo sabe-se que podem ser retardadas pelo estilo de vida.

A seguir alguns sistemas que sofrem alterações, conforme Mazo et al. (2001, p.58):

- a) Sistema Cardiovascular
- b) Sistema Imunológico
- c) Sistema Endócrino
- d) Sistema Reprodutor
- e) Sistema Musculoesquelético
- f) Sistema Nervoso
- g) Sistema Respiratório
- h) Sistema Gastrointestinal
- i) Função Renal

Para Spirduso (2005), as mudanças fisiológicas mais notáveis são o declínio na capacidade de exercício e frequência cardíaca máximos, o aumento na pressão arterial sistólica e espessura da parede do ventrículo esquerdo, além da deterioração no metabolismo de glicose e lipídios. Existem mudanças normais ao envelhecimento, seja no tamanho do coração, volume sistólico final ou volume de sangue ejetado durante o repouso, contudo são mínimas. As principais disfunções estruturais e funcionais ocorrem devido a processos patológicos, como aterosclerose coronária. Além disso, as pressões arteriais sistólica e diastólica se elevam com o envelhecimento, devido principalmente ao espessamento e enrijecimento da aorta e da árvore arterial, mas também a um aumento da resistência periférica.

Outras mudanças apresentadas nos idosos, conforme a mesma autora (SPIRDUSO, 2005), como a hipotensão postural e uma perda na responsividade de reflexos homeostáticos, estão presentes em quase um terço dos jovens idosos (60 a 70 anos) e em quase metade daqueles com idade superior a 75 anos. Contudo, a hipotensão postural, está mais relacionada aos níveis elevados de pressão arterial sistólica do que ao processo de envelhecimento em si.

É importante destacar que o envelhecimento não pode ser definido somente pelo ponto de vista fisiológico, pois esse processo ocorre também nos âmbitos psicológicos e sociais.

O envelhecimento psicológico está relacionado a fatores individuais quando ocorre o declínio das habilidades que o indivíduo desenvolvia anteriormente. Para o idoso a aposentadoria pode significar não só a perda de seu papel na sociedade, mas também o fim de suas expectativas da vida.

Conforme Zimerman (2000, p.25) o envelhecimento traz uma série de mudanças psicológicas podem resultar em:

- a) Dificuldade de se adaptar a novos papéis;
- b) Falta de motivação e dificuldade de planejar o futuro;
- c) Necessidade de trabalhar as perdas orgânicas, afetivas e sociais;
- d) Dificuldade de se adaptar às mudanças rápidas, que tem reflexos dramáticos;
- e) Alterações psíquicas que exigem tratamento;
- f) Depressão, hipocondria, somatização, paranoia, suicídios;
- g) Baixas autoimagem e autoestima.

O fator social do envelhecimento está ligado às modificações da sociedade ao longo do tempo, assim Zimerman (2000, p.24) cita alguns desses aspectos que podem estar presentes e que trazem modificações no status do idoso e no relacionamento dele com outras pessoas em função de:

- a) Crises de identidade - provocada de falta de papel social, levando o idoso à uma perda de sua autoestima;
- b) Mudança de papéis na família, no trabalho e na sociedade - com o aumento de seu tempo de vida, ele deverá se adequar a novos papéis;
- c) Aposentadoria – visto que hoje esse processo ocorre relativamente cedo, assim ainda restam muitos anos de vida, portanto devem estar preparados para não acabarem isolados, deprimidos e sem rumo;
- d) Perdas diversas - que vão da condição econômica ao poder de decisão, à perda de parentes e amigos, da independência e da autonomia;
- e) Diminuição dos contatos sociais - que se tornam reduzidos em função de suas possibilidades, vida agitada, falta de tempo, circunstâncias financeiras e realidade da violência nas ruas.

Deponti e Acosta (2010), realizaram estudo para investigar a compreensão dos idosos sobre quais fatores influenciam no Envelhecimento Saudável, realizado através de entrevistas com questões abertas e fechadas, com 30 participantes de grupos de AF. Os autores concluíram que nas questões abertas, foram oito elementos para os aspectos fisiológico e social, e sete para o aspecto psicológico, demonstrando que não houve a valorização de um único aspecto por parte dos idosos. Já nas questões fechadas, a maioria dos idosos manifestou altos níveis de satisfação com a saúde geral. Assim, através da análise dos resultados, os autores concluíram que na percepção dos idosos estudados, que para obter um Envelhecimento Saudável é necessário um equilíbrio ou uma combinação de múltiplos fatores, sejam de ordem biológica, psicológica ou social, sendo essa uma ideia contemplada pelos especialistas da área.

Para Mazo (2008) ao analisar o processo de envelhecimento como uma etapa da vida com ganhos e perdas em diferentes áreas, a AF pode ser um meio para tentar equilibrar ou minimizar o impacto das perdas fisiológicas e maximizar os ganhos psicossociais dessa etapa da vida, devendo fazer parte essencial da vida do indivíduo. Desta forma é introduzido o seguinte assunto, QV.

3.2 Qualidade de vida

Neste item a QV será descrita com profundidade, através de conceitos, formas de avaliação, fatores que interferem no seu sucesso e rede de apoio.

3.2.1 Sobre o conceito “Qualidade de vida”

O conceito de QV pode ser diferente de pessoa para pessoa e tende a mudar ao longo da vida de cada um. O que corrobora com a análise de Spirduso (2005), a qual relaciona que QV, no dicionário, significa a boa qualidade, excelência ou sutileza da vida, porém o fato de a vida ser boa ou excelente realmente não depende de uma definição de dicionário, mas de como cada indivíduo define a boa qualidade. Assim, a QV depende da saúde das pessoas e da maneira como essas se sentem com relação à sua saúde.

De forma semelhante Nahas (2003) relata existir um consenso em torno da ideia de que são múltiplos os fatores que determinam a QV de pessoas ou comunidades. A combinação desses fatores que moldam e diferenciam o cotidiano dos seres humanos, resulta numa rede de situações. No geral, associa-se a essa expressão fatores como: estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, disposição, prazer e também espiritualidade. De uma forma mais ampla, QV pode ser uma medida de dignidade, pois compreende o atendimento de necessidades fundamentalmente humanas.

Segundo a OMS, QV pode ser 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, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente (OMS⁴, 1994 apud OPAS, 2005, p.14).

Dessa forma, a QV é influenciada pela interação de diversos fatores. Sendo que, parte dos fatores que foram analisados anteriormente relacionados ao envelhecimento ditam quão boa será a QV dos indivíduos, de uma forma individual, visto que essa dependente de várias escolhas realizadas ao longo da vida. Contudo pode ser analisada de forma global, quando ampliamos a visão para seus principais indicadores.

Assim, existe um consenso em torno da concepção de que são múltiplos os fatores que determinam a QV. A combinação desses fatores que moldam e diferenciam o nosso cotidiano, resulta em uma rede de fenômenos que abstratamente chama-se de QV (UGHINI, 2005; NÉRI, 1995; SANTIN, 2004).

Para Livtoc (2004) a busca da longevidade e do bem-estar representa um dos principais valores cultuados na história da humanidade, da mesma forma que faz parte dos anseios da população brasileira, visto que essa coloca a saúde e a possibilidade de adoecerem como uma de suas principais preocupações.

Hoje em dia a saúde passou a ser vista como diretamente relacionado à QV. Em certas situações ela chega a se confundir com saúde. Por exemplo, os autores

⁴ OMS. Declaração elaborada pelo Grupo de Trabalho da Qualidade de vida da OMS, 1994. In: Organização Mundial da Saúde. **Glossário de Promoção da Saúde da OMS**. OMS/HPR/HEP/ 98.1 Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1998.

Berger & McInaman⁵ (1993 apud MANOEL, 2002, p.114) consideram que QV corresponde a um bem-estar físico, psicológico e social. Contudo, existe uma tendência crescente que associa QV a estados mentais, e mesmo Berger & McInaman¹ demonstraram esta tendência ao caracterizar a QV, visto que estes a relacionam com a existência de uma harmonia entre metas e desejos, com a uma plenitude de afetividade positiva e com um estado de bem-estar subjetivo.

É interessante esclarecer que o conceito de saúde evoluiu na mesma direção, pois conforme Bouchard & Shepard⁶ (2002 apud MANOEL, 2002, p.114), existe uma noção de saúde positiva que está fortemente associada ao grau de percepção que o indivíduo tem de sua condição física. O que significa que apenas a ausência de doenças não garante uma boa QV ou a saúde.

Para Spirduso (2005) e Mazo (2008), a quantidade de vida só tem valor (expectativa de vida), se a QV for o objetivo, isto é, aumentar os anos de vida viável apenas se uma QV razoável puder ser mantida nos anos finais.

O entendimento multifatorial, quando se trata de QV, é visto por Manoel (2002), como um sistema com muitos elementos e infindáveis relações. Esse autor cita Reid⁷ (1993) que por sua vez entende que a QV refere-se às condições gerais de vida de uma pessoa incluindo moradia, alimentação, emprego, lazer, cultura, entre outros. O mesmo autor citado acredita na QV como um elemento básico e interligado com outros, ressaltando que essa pode sofrer uma baixa considerável caso a possibilidade de realização motora seja limitada. As dificuldades na locomoção, no manuseio de instrumentos ou na manutenção e adaptação de posturas em diferentes tarefas ocasionam a diminuição de autonomia do indivíduo com consequências previsíveis para a sua QV.

Sobre a QV é importante ressaltar que “como é um sistema complexo, o enfoque em um único elemento do sistema pode distorcer a compreensão do todo ou oferecer uma explicação muito simplista de seu funcionamento.” (MANOEL, 2002, p.115).

⁵ BERGER, B.; McINAMAN, A. “Exercise and quality of life”. In: SINGER, R.N.; MURPHY, M.; TENNANT, L.K. eds. **Handbook of research on sport psychology**. Nova York, Macmillan, 1993.

⁶ BOUCHARD, C.; SHEPARD, R. “Physical activity, fitness, and health: The model and key concepts”. In: BOUCHARD, C.; SHEPARD, R.J.; STEPHENS, T. orgs. **Physical activity, fitness and health: Consensus statement**, 1993.

⁷ REID, G. “Motor behavior and individuals with disabilities: Liking research and practice”. **Adapted Physical Activity Quarterly**, v.10, p.359-70, 1993.

Essa ideia é reforçada por Shumaker, et al.,⁸ (2002 apud MOTA, 2002, p.185), que acredita que a maior característica do conceito “QV” é sua natureza multidimensional, assim em sua conceituação são consideradas dimensões cognitivas, emocionais e psíquicas, de socialização e outras ligadas à percepção da saúde.

Nessa perspectiva, Rejeski et al.⁹ (2002 apud MOTA, 2002, p.185) entende que a QV deve ser considerada mais uma relação ótima com a experiência vivida do que as condições reais de vida. Assim, é possível concluir, da mesma forma que o grupo de especialistas em QV da OMS “The WHOQOL Group” (1995), que não há uma definição consensual do conceito de QV, mas que existe, entre os pesquisadores, uma considerável concordância acerca de algumas características do mesmo, que conforme Mazo (2008, p.21-22) são:

- Subjetividade;
- Multidimensionalidade;
- Bipolaridade;
- Mutabilidade;

Como foi abordado anteriormente, o processo de envelhecimento é uma experiência heterogênea e subjetiva, em que cada indivíduo pauta a sua vida de acordo com padrões, normas, expectativas, desejos, valores e princípios diferentes. Assim, os estudos sobre a QV e o idoso (que têm-se revelado de grande importância para uma maior compreensão do processo de envelhecimento), devem levar em consideração as características supracitadas. Consequentemente, de acordo com Mazo (2008), a avaliação da QV do idoso deve ser multidimensional e sensível à grande diversidade dessa população.

3.2.2 Instrumentos de Avaliação da Qualidade de vida

Verificou-se a necessidade de analisar e descrever, os principais instrumentos de avaliação da QV, para entender sobre o processo. Dentre os mais utilizados

⁸ SHUMAKER, S.A.; ANDERSON, R.T.; CZAJKOWSKI. “Psychological tests and scales”. In: SPLIKER, B. ed.. Quality of life assessments trials. **Raven Press**, Ney Work, 1990, p.95-113.

⁹ REJESKI, W.J., BRAWLEY L.R., e SHUMAKER, S.A. – Relationships between physical activity and health-related quality of life. **Exercises and Sport Sciences Review**, v.24: 71 – 108, 1996.

estão o “The World Health Organization Quality of Life Assessment” (WHOQOL) e o SF-36 Health Survey ou a versão reduzida chamada SF-12.

Conforme Skevington (2002) o instrumento (WHOQOL), desenvolvido pela OMS em 1994, é composto por 100 itens e considera o conceito de QV subjetivo, multidimensional, incluindo facetas positivas, como mobilidade, desempenho de papel, contentamento, e negativas, como fadiga, dor, dependência de medicação e sentimentos negativos.

A abordagem proposta pelo WHOQOL apresenta seis domínios: psicológico, físico, nível de independência, relações sociais, ambiente, espiritualidade/ religião/ crenças pessoais. Cada domínio é sintetizado por vários subdomínios que são avaliados por quatro questões. Assim, o instrumento é composto por 24 subdomínios específicos e um domínio geral que inclui questões de avaliação global de QV. A versão em português foi traduzida e validada por pesquisadores¹⁰ da UFRGS para avaliar QV em uma perspectiva transcultural.

Além da versão original, composta por 100 itens, também foram desenvolvidas a versão *WHOQOL-bref* e *WHOQOL-OLD*, que são descritas a seguir.

O *WHOQOL-bref* (WHOQOL GROUP, 1998) foi criado devido à necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, sendo formulado como uma versão abreviada do *WHOQOL-100*. O *WHOQOL-bref* é composto de 26 questões, sendo duas questões gerais e 24 demais representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. Assim, diferente do *WHOQOL-100* em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões, no *WHOQOL-bref* é avaliada por apenas uma questão.

O critério de seleção das questões foi tanto conceitual (caráter abrangente do instrumento deveria ser preservado, assim, cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original deveria ser representado por uma questão) como psicométrico (selecionando a questão que mais se correlacionasse com o escore total e após essa etapa, os itens foram examinados para estabelecer se representavam

¹⁰ FLECK, M.P.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. [Application of the Portuguese version of the instrument for the assessment of quality of life of the World Health Organization (WHOQOL-100)]. *Rev Saúde Pública*. 33(2), p.198-205, 1999.
_____. [Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref]. *Rev Saúde Pública*, 34(2), p.178-183, 2000.

conceitualmente cada domínio, sendo que dos 24 itens, seis foram substituídos por questões que definissem melhor a faceta correspondente). Uma análise fatorial confirmatória foi realizada para uma solução a quatro domínios, assim o *WHOQOL-Bref* pelos domínios: *Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio- ambiente*.

O *WHOQOL-OLD* (FLECK et al., 2003) foi criado com principal objetivo de responder a duas questões básicas em relação ao uso dos instrumentos WHOQOL em idosos (os instrumentos genéricos - WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF, atuam bem, dentro de uma gama de critérios, em uma população adulta maior; é preciso acrescentar facetas adicionais a tais instrumentos genéricos para adultos a fim de se avaliar a QV adequadamente na população de adultos idosos). A adaptação consistiu no desenvolvimento de um módulo complementar que deve ser adicionado aos instrumentos do WHOQOL existentes.

A versão final do módulo contém seis facetas de 4 itens cada. O módulo para Adultos Idosos pode ser empregado junto com o WHOQOL-100 ou com o WHOQOL-BREF, qualquer que seja o mais apropriado para um estudo. A pontuação do módulo pode então consistir num conjunto de perfil de seis escores de facetas, ou, conforme sustentado pela existência de um fator de ordem mais elevada nas análises fatoriais confirmatórias, pode haver um único escore total baseado na soma de todos os 24 itens do módulo.

O SF-36 Health Survey é um instrumento genérico de avaliação de QV, multidimensional, formado por 36 itens de avaliação englobados em 2 componentes divididos em 8 escalas: Componente Físico (PCS), que engloba capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde e Componente Mental (MCS), referindo-se à saúde mental, aspectos emocionais, aspectos sociais e vitalidade. Apresenta escore final numa escala de 0 a 100, no qual zero corresponde ao pior estado geral de saúde e 100, ao melhor estado de saúde. Esse instrumento foi desenvolvido por Ware e Sherbourne (1992) e validado em português por Ciconelli et al. (1999).

O SF-12 Health Survey é uma versão reduzida, traduzida e validada para o português, a partir do SF-36. É um instrumento genérico de avaliação de Qualidade de vida relacionada à saúde, multidimensional, formado por 12 itens, englobados em 8 escalas ou componentes: (1) Físico, englobando capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde e (2) Mental, referindo-se à saúde mental, aspectos emocionais, aspectos sociais e vitalidade. Apresenta um escore final numa

escala de 0 a 100, no qual zero corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado de saúde.

O SF-12 apresenta um desempenho semelhante ao SF-36 na avaliação da QV relacionada à saúde, sendo um dos principais questionários genéricos existentes e utilizados. O instrumento está amplamente documentado na literatura, tanto nas versões originais em inglês, quanto nas 30 diferentes versões em outras línguas já validadas.

3.2.3 Fatores relacionados à Qualidade de vida

Para Nahas (2003) a percepção de bem-estar difere de pessoa para pessoa com características individuais e condições de vida similares, assim ocorreria o surgimento de um “filtro” pessoal para interpretação dos fatores indicadores da QV individual. Esse resume os fatores ou parâmetros individuais e socioambientais que podem influenciar a QV de indivíduos ou grupos populacionais, conforme o quadro a seguir:

Quadro
Fatores Qualidade de vida

Parâmetros Socioambientais	Parâmetros Individuais
Moradia, transporte, segurança	Hereditariedade
Assistência médica	Estilo de vida
Condições de trabalho e remuneração	Hábitos Alimentares
Educação	Controle do Stress
Opções de lazer	Atividade Física Habitual
Meio ambiente	Relacionamento
Etc.	Comportamento Preventivo

Nessa perspectiva, Shepard (2003) cita que os fatores que podem influenciar a QV de um indivíduo são o funcionamento físico, social, cognitivo e emocional, a produtividade pessoal e privacidade.

Conforme Martins et al. (2007) em estudo realizado comparando a QV subjetiva em 284 idosos, residentes em meios urbanos e rurais, através do instrumento WHOQOL-Bref e questionário Biodemográfico, identificou que de modo geral, os idosos possuem um índice de QV subjetivo satisfatório, comparando-se os grupos em função do gênero e do ambiente em que vivem, não há diferença significativa nos índices, porém esses índices correlacionam-se direta e significativamente com o

nível econômico. Assim, conclui que as condições de vida dos meios urbano e rural, apesar das diferenças, não influenciam na QV dos idosos, mas o que fez reduzir a satisfação com suas condições de vida foi a falta de recursos financeiros, pois os grupos de menor poder aquisitivo foram os que demonstraram os menores índices de QV subjetiva. Assim, o estudo confirma que certos fatores socioambientais, podem ter maior representatividade para QV dos idosos.

Segundos Nahas (2003) existem fatores positivos e negativos no estilo de vida que afetam a saúde e o bem-estar, a curto ou longo prazo. Principalmente a partir da meia idade (40-60 anos), a mobilidade, a autonomia e a QV das pessoas estão diretamente associadas aos fatores do estilo de vida, como os mencionados na figura 1.

Figura 1

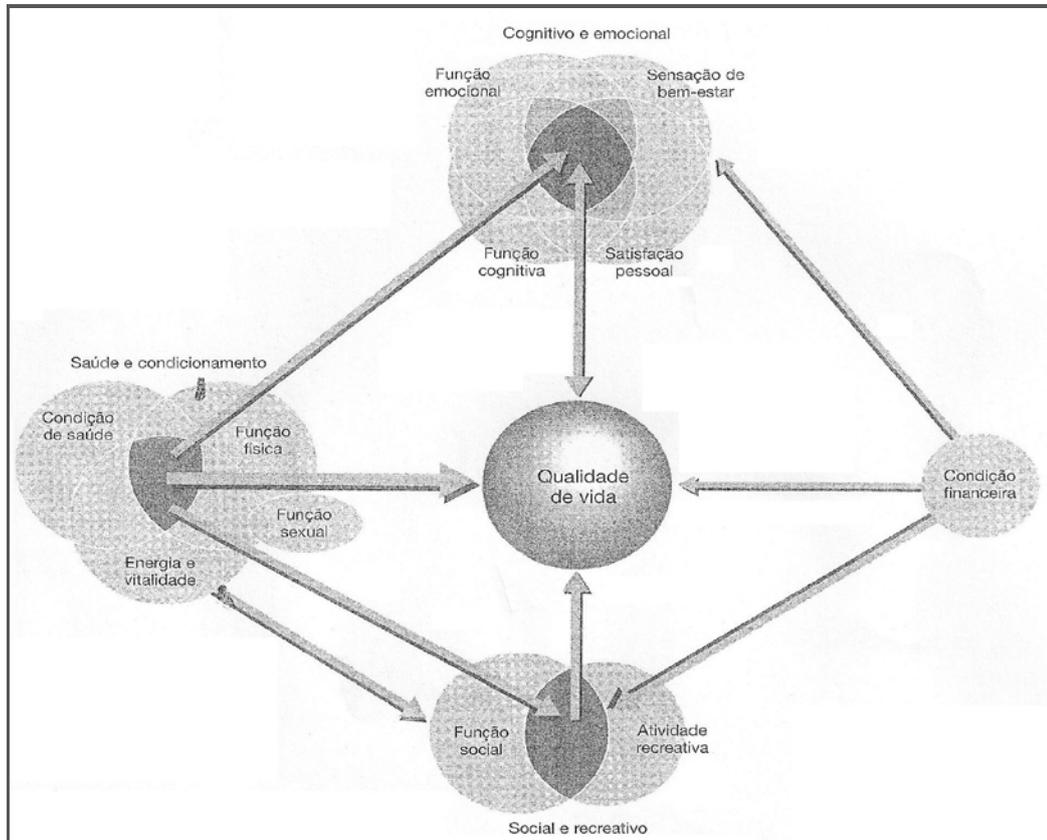
Pentáculo do Bem-estar



O mesmo entendimento é compartilhado por Spirduso (2005), que traz a Figura 2, como referencial dos fatores que afetam a QV dos idosos. Esses são demonstrados como três constelações principais: cognitivo e emocional, saúde e condicionamento e social e recreativo. A condição financeira também contribui de várias maneiras, diretas e indiretas, mas é considerada menos importante por adultos mais idosos, conforme o autor.

Figura 2

Esferas da Qualidade de vida



É possível evidenciar nas traduções das idéias dos autores (Nahas e Spirduso), através das figuras, que a estrutura trazida por Spirduso pode ser considerada mais completa pois contempla fatores em esferas que se inter-relacionam, enquanto Nahas traz uma figura em formato de estrela que pode não transmitir ao leitor o mesmo grau de interação entres os fatores.

Zimmerman (2000) demonstra que tanto as modificações físicas que ocorrem com o envelhecimento quanto as de caráter psicológico estão relacionados com a hereditariedade, história individual e com atitude de cada pessoa, isto é, os indivíduos mais saudáveis e otimistas têm mais condições de se adaptarem às transformações trazidas pelo envelhecimento. Esses são mais propensos a verem a Terceira idade como um tempo de acumulo de experiência, de maturidade, de liberdade para assumir novas ocupações e até mesmo de liberação de certas responsabilidades. A autora também acredita que a forma mais eficaz de fazer com que os idosos tenham QV é propondo a estimulação. Essa entende que estimular, neste contexto, significa excitar, incitar, instigar, ativar, animar e encorajar. A

estimulação seria o melhor meio para minimizar os efeitos negativos do envelhecimento e levar as pessoas a viver, em melhores condições.

Nesse sentido, Nahas (2003) concorda que o cérebro, assim como os músculos, articulações e sistema cardiorrespiratório, precisam de estímulos para se manter por mais tempo funcionando adequadamente. Esse também acredita que o convívio social, em grupo de amigos, na participação em atividades comunitárias e com o apoio de familiares são elementos importantes para um envelhecimento mais saudável. Da mesma forma que Zimerman (2000) defende que o contato com outras pessoas, ver, falar, comunicar-se, trocar afeto, dedicar-se a um hobby e participar de programas comunitários, criam novas condições de vida.

Para Caporicci e Neto (2011) em trabalho que teve como objetivo avaliar as AVDs (Atividades de Vida Diária) e a QV de idosos ativos e inativos, com participação de 24 idosos, sendo 12 praticantes de AF (PAF) e 12 não praticantes (NPAF). Foi utilizado como instrumento, um questionário sócio demográfico, o SF-36 para a medição da QV e testes propostos pelo GDLAM (Grupo de Desenvolvimento Latino Americano para a Maturidade). No questionário SF-36, ambos os grupos apresentaram boa QV, embora o grupo PAF apresentasse tendência a escores mais altos. Em todos os testes de autonomia funcional, o grupo PAF apresentou tendência a um menor tempo de execução quando comparados com o grupo NPAF; entretanto, ambos os grupos encontraram-se na classificação (fraco II) de acordo com o protocolo GDLAM. Esse estudo concluiu que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Assim, como existem inúmeros trabalhos com excelentes resultados, existe alguns não conclusivos, o que reforça a necessidade de estudos específicos e também a crítica aos existentes, visto que alguns podem apresentar falhas metodológicas ou amostras não representativas.

Para Nahas (2003) alguns fatores se destacam por ameaçar com maior abrangência o bem-estar dos idosos, tais como: a perda da independência (decorrente de doenças crônicas ou acidentes); a falta de uma rede social de apoio (amigos e familiares); questões de ordem financeira (que acabam determinando a qualidade do atendimento médico e da alimentação, assim como o acesso às atividades de lazer). O mesmo autor defende que a independência e autonomia, aliadas à disposição para as tarefas do dia a dia e o lazer, pode ser preservada com decisões bem informadas e um estilo de vida ativo – física e mentalmente, sendo

esse estilo o responsável por propiciar uma maior integração social, forjando a necessária rede social de apoio que exige as pessoas mais velhas.

Para Zimerman (2000), a importância da AF está mais do que provada pelos cardiologistas, reumatologistas e profissionais de outras especialidades na área da saúde. Essa melhora as condições articulares, musculares e respiratórias, contribuindo para retardar o declínio dos sistemas fisiológicos.

Em complemento os autores concordam que:

[...] a atividade física regular possui impacto positivo em muitas destas áreas: bem-estar físico (dispneia, fadiga, nível de energia, dores, percepção de sintomas, apetite e padrões do sono), bem-estar psicológico (autoconceito, autoestima, humor e afeto), níveis percebidos de função física, função social e (até uma extensão limitada) função cognitiva. (REJESKI et al.,¹¹ 2003 apud SHEPARD, 2003, p.304).

Em sua Tese de Doutorado, Caneppele (2007) objetivou avaliar a capacidade funcional, determinando a prevalência de independência funcional e as características associadas em indivíduos idosos, em uma amostra representativa de Porto Alegre, RS, bem como identificar sua associação com QV. Utilizou de entrevistas domiciliares, aplicando questionário padronizado para investigar características socioeconômicas, demográficas, hábitos de vida, fatores de risco para doença cardiovascular, além do índice de independência nas atividades de vida diária (AVDs), desenvolvido por Katz, em 1969, e a escala de independência nas atividades instrumentais da vida diária (AIVDs), criado por Lawton e Brody, em 1983, assim como o questionário SF-12. A prática de AF regular foi preditora de independência funcional nas AVDs e nas AIVDs. O estudo verificou tendência a maior independência entre os homens para o total de domínios das AVDs (94% vs. 89%; $p=0,09$), assim como das AIVDs (94% vs. 88%; $p=0,04$). Nos homens, observou-se a redução da independência funcional para realizar a maior parte das AVDs e AIVDs com o avançar da idade.

Entre as mulheres, destaca-se, a redução da independência funcional com a idade em todas as atividades, exceto usar o telefone. O sexo masculino esteve associado, independentemente da idade, a maiores escores dos componentes físico e mental da QV. A idade associou-se inversamente com o componente físico, enquanto a escolaridade o fez de maneira direta. Ser ativo fisicamente e possuir

¹¹ REJESKI, W.J., BRAWLEY L.R., e SHUMAKER, S.A. – Relationships between physical activity and health-related quality of life. **Exercises and Sport Sciences Review**, v.24: 71 – 108, 1996.

menor número de doenças crônicas se associaram tanto ao escore do componente físico quanto mental, de maneira fortemente significativa. Nesse estudo foi possível concluir que os indivíduos idosos investigados, representam a população idosa de Porto Alegre. As diferenças entre homens e mulheres idosos incluem características socioeconômicas, hábitos de vida e independência funcional. Os homens apresentam maior QV do que as mulheres, independentemente da idade.

Esse estudo possui papel importante para entender e avaliar as formas de intervenção para proporcionar AF de qualidade, como forma de identificar o público-alvo, suas necessidades e anseios.

O estudo de Tavares et al. (2011) concorda com os autores anteriormente descritos, pois observou, através dos instrumentos WHOQOL-BREF e facetas do WHOQOL-OLD, dois grupos: idosos que referiram hipertensão arterial (689) e idosos sem hipertensão arterial (689). Identificou maior escore de QV nas relações sociais e funcionamento dos sentidos; e menores no físico e autonomia. O grupo de idosos sem hipertensão arterial apresentou maiores escores para o meio ambiente, atividades passadas, presentes e futuras e participação social, comparados ao grupo com hipertensão arterial. Dessa forma concluíram que são necessárias ações interligadas entre a equipe de saúde e a comunidade visando ações promocionais e educativas em saúde.

Em sua Tese de Doutorado, Trevisol (2010) também comparou a QV grupo de hipertensos e sem hipertensão arterial, porém através do instrumento SF-12, e identificou que há uma tendência de que quanto maior o número de anti-hipertensivos ingeridos, menor a QV. No componente mental, as diferenças entre hipertensos e normotensos não foram significativas. O autor conclui que os indivíduos com hipertensão têm menor QV do que indivíduos normotensos, principalmente quando a pressão arterial é controlada por tratamento medicamentoso. Considerou o impacto negativo da hipertensão, particularmente no domínio de funcionalidade física, assim estratégias que melhorem a condição física, orientadas por profissionais especializados, poderiam contribuir para melhorar a QV e, talvez, melhorar a adesão ao tratamento e controle da hipertensão arterial.

Em outro estudo semelhante realizado por Sebastião et al. (2009) motivado pela relação inversa demonstrada na literatura entre nível de AF (NAF), QV e uso de medicamentos em envelhecimento. A amostra foi composta de 192 idosos,

selecionados por amostragem aleatória. Utilizou-se do Questionário Baecke Modificado para Idosos; Questionário para Avaliação da QV – SF36 e Questionário Sócio Demográfico e de Saúde. Os autores concluíram que, nos idosos estudados, o NAF é baixo, diminui ainda mais em faixas etárias mais avançadas e é mais elevado em homens que em mulheres na primeira década da velhice e que os homens percebem melhor QV e fazem menor uso de medicamentos comparados com as mulheres.

Dessa forma, são vários os fatores que influenciam no nível de QV, contudo a AF e componente físico, estão sempre relacionados de forma decisiva para o incremento QV, aliado a outros fatores externos e internos.

3.2.4 Rede de apoio ao envelhecimento com qualidade

No que diz respeito ao suporte formal para idosos, Mazo (2004) esclarece que cada dia mais ocorre cursos de capacitação para cuidadores de idosos, formação de profissionais que recebem conhecimento e preparação em cursos de graduação para atuarem com idosos, introdução nos currículos de diferentes cursos, a disciplina de Gerontologia e de palestras informativas sobre o processo de envelhecimento. Ressalta também que, tem aumento o número de pesquisas gerontogerítricas em cursos de graduação e pós-graduação.

Tal situação se evidencia da mesma forma na área de Educação Física, com a ampliação de programas de extensão, cursos de Pós-graduação, Mestrado e Doutorado, voltados exclusivamente para este público.

A mesma autora (MAZO, 2004) cita que esse “processo” está ocorrendo em diferentes universidades do Brasil, favorecendo novos conhecimentos, oportunidades de estudos, relação interpessoal, social e intergeracional. Essa também destaca que as atividades preventivas e reabilitadoras no âmbito da Educação Física e Fisioterapia, são imprescindíveis para manter ou resgatar a autonomia dos idosos, e têm grande impacto na saúde dessa população.

Wolff (2009) ressalta importantes medidas normativas sobre políticas públicas do envelhecimento no século XXI, que ocorreram na Assembleia Mundial sobre o assunto, realizada em abril de 2002 em Madri (Espanha), na qual representantes oficiais de 160 países e 700 representantes de organizações não governamentais (ONGs) aprovaram documentos importantes. Constituindo o “Plano de Ação

Internacional para o Envelhecimento” e a “Declaração Política”, que contêm compromissos assumidos por governos para execução nos próximos 25 anos. Esse Plano de Ação prevê três prioridades pertinentes às questões que envolvem o envelhecimento bem-sucedido, que podem ser resumidas nas necessidades:

- a) Das sociedades ajustarem suas políticas e instituições para que a população idosa se torne uma força produtiva, em benefício da sociedade;
- b) De implantar políticas que garantam a saúde, durante todo o desenvolvimento das etapas da vida, para alcançar uma velhice saudável;
- c) De aprimorar as condições de moradia, promover uma visão positiva de envelhecimento e necessidade de conscientização pública de que os idosos têm importantes contribuições para dar à sociedade.

Mazo (2004) também corrobora com essas prioridades a respeito das necessidades de adaptação/modificação da sociedade atual ao eminente processo de envelhecimento da população mundial, destacando que a sociedade deve repensar a saúde, educação, economia, política, dentre outros aspectos, buscando alternativas que possibilitem minimizar seu impacto sobre QV do idoso, planejando e implementando políticas públicas voltadas para essa população.

Benedetti (2005) ressalta, através do seu estudo, a importância da análise do contexto do envelhecimento, para projetar e implementar o envelhecimento saudável. Sua pesquisa teve por objetivos verificar a relação entre o nível de AF e as condições de vida e saúde dos idosos residentes em Florianópolis/SC, além de propor diretrizes para programas e ações públicas de AF voltadas à população idosa. Foi utilizada amostra, com seleção aleatória, que totalizou 875 idosos (média de idade de 71,6 anos). Utilizou-se dos resultados do IPAQ (Questionário Internacional de Atividades Físicas) analisados e associados aos da pesquisa de Perfil dos Idosos de Florianópolis, SC, obtidos por BOAS (Brazilian Old Age Schedule), esses incluem dados complementares aqueles obtidos em programas de idosos de municípios europeus e aqueles relativos aos serviços existentes em Florianópolis. Como parâmetros, considerou as variáveis de AF semanal em dois níveis: idosos menos ativos (menos de 150 minutos); idosos mais ativos (150 minutos ou mais).

Com os resultados do seu estudo, Benedetti (2005) identificou que: 59,3% eram os idosos mais ativos, sendo os homens mais ativos no domínio do lazer, enquanto as mulheres, nas tarefas domésticas. Quanto à percepção de sua saúde, consideravam boa ou ótima, embora 71,1% relatassem problemas de saúde, 73,0% usavam medicamentos, 77,5%, óculos e 71,1%, próteses. Entre AVD e Saúde Mental (indicadores de demência e depressão), a associação foi evidente entre os mais ativos sendo mais independentes e tendo menos indicadores negativos de saúde mental. A utilização dos recursos sociais disponíveis recaiu principalmente nas atividades de lazer em 18,5%, seguida de participação em grupo de convivência em 12,1%, sendo mais utilizados pelos idosos mais ativos. As necessidades e problemas que mais os afetavam, segundo suas percepções eram: econômicos, de saúde e de segurança.

Foi possível também analisar, que em cinco programas de AF para idosos observados em municípios europeus, o comprometimento do governo local era presente no desenvolvimento desses programas na atenção às necessidades da população idosa em diversas áreas. Assim, a autora (BENEDETTI,2005) esboçou, de posse do diagnóstico do perfil de idosos estudados, do exemplo europeu, e do atual quadro de recursos disponibilizados de AF para idosos em Florianópolis, uma proposta de diretrizes para a formulação de política pública de AF à população em questão visando à promoção do processo saudável e ativo do envelhecimento que imprima QV e senso de bem estar e felicidade dos idosos. Tal proposta vislumbra uma rede articulada com coordenação unificada de programas, reordenando os que existem, acrescidos de outros necessários segundo o diagnóstico atual, com vistas à operacionalização do uso racional dos recursos disponíveis à promoção de AF, essencial ao envelhecimento saudável do idoso.

Em nosso país, o direito a um envelhecimento com qualidade pode ser identificado em lei:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. (Lei nº 10741/2003 - Título I, Artigo 3, do Estatuto do Idoso).

Loureiro e Oliveira (2009) esclarecem que educadores físicos, terapeutas, médicos e demais profissionais da saúde concordam que o bem-estar está

relacionado com a QV orientada para a manutenção ou recuperação da autonomia, refletindo no aumento e manutenção da autoestima e da saúde nas diferentes dimensões.

Portanto, para que a responsabilidade pela promoção de saúde não se torne um problema de ordem individual, devem ser considerados os determinantes gerais sobre as condições de saúde.

A questão social faz-se presente no debate acerca de saúde, pois, de outro modo, o indivíduo se torna o único responsável pelo combate dos males do mundo moderno (sedentarismo, estresse, doenças hipocinéticas, entre outros), transformando-se no maior culpado pelo seu desajuste em relação aos padrões de vida considerados "saudáveis". (ASSUMPCÃO et al.¹² 2002 apud MAZO, 2008, p.103).

Apesar da legislação brasileira a respeito dos cuidados da população idosa esteja avançada, sua aplicação ainda é insatisfatória. "Estudos sobre os resultados e impactos das ações e intervenções na promoção de saúde dos idosos, no aspecto individual, coletivo e ambiental são ainda carentes" (MAZO, 2008, p. 114).

Mazo (2004) ressalta que apesar de um crescente número de programas de AF para Terceira Idade nos diferentes segmentos da comunidade, esse ainda não é proporcional ao crescente aumento da população idosa. Como exemplo, a autora cita os grupos de convivência, o Serviço Social do Comércio/SESC, as universidades, os centros comunitários, clubes e academias. Além desses locais, existem também associações de funcionários e empresas em geral, também buscam incentivar a prática de AF, na preparação para a aposentadoria e na estimulação dos aposentados para uma vida mais ativa.

Néri (1995) destaca que se observa nos estados e cidades brasileiras, um número cada vez maior de pessoas idosas nas praças, ruas e parques, com roupas descontraídas, com aparelho de som nos ouvidos, fazendo alguma AF, uns com passadas de passeio, e outros em caminhadas vigorosas. Nas academias de ginástica, clubes, piscinas e praias, em que antes se via corpos jovens, magros e bem delineados, já é possível observar idosos expondo seu corpo e convivendo com os mais jovens.

Em estudo realizado por Banhato et al. (2009) objetivou-se comparar o desempenho cognitivo de idosos ativos e sedentários. Foram avaliados 394

¹² Assumpção, L.O.T; Morais, P.P. e Fontoura, H. (2002). Relação entre atividade física, saúde e Qualidade de vida: notas introdutórias. **Revista Digital**. Ano 8, n.52, p.3. [On-line]: www.efdeportes.com.

indivíduos, no qual se utilizou do Mini exame do estado mental - MEEM, subtestes Dígitos e Fluência Verbal, além de um questionário relativo à AF. Conclui-se que os mais ativos eram mais jovens, e obtiveram escores mais altos na avaliação cognitiva e esses tinham maior escolaridade. Evidenciou-se uma relação estatisticamente significativa entre AF, escolaridade e cognição. Assim, sugeriram que estudos futuros devem explorar a relação dessas variáveis para que políticas efetivas de saúde dos idosos possam ser implementadas.

Em estudo realizado por Villareal et al. (2011), durante um 1 ano, foram avaliados os efeitos independentes e combinados da perda de peso e do exercício, em 107 adultos com 65 anos de idade ou mais e obesos. Os participantes foram aleatoriamente designados para um grupo Controle, um grupo de controle de peso (dieta), um grupo de exercícios, ou para um de gestão do peso e exercício (dieta-exercício). Foi possível concluir que o desfecho primário foi a mudança na pontuação no Teste de Desempenho Físico modificado, e os desfechos secundários incluíram outras medidas de fragilidade, composição corporal, densidade mineral óssea, funções específicas de física e QV.

Os autores concluíram, com base no total, 93 participantes (87%) que completaram o estudo, que a pontuação no teste de desempenho físico, em que escores mais altos indicam melhor estado físico e o VO₂máx, aumentaram mais no grupo dieta-exercício do que no grupo da dieta ou no grupo de exercício, a pontuação em todos os três grupos aumentou mais do que as pontuações no grupo Controle. Sobre a diminuição do peso corporal, em 10% no grupo de dieta e de 9% no grupo dieta-exercício, mas não diminuiu no grupo do exercício ou o grupo controle. Esses e outros achados sugerem que uma combinação de perda de peso e exercício físico proporciona maior melhora na função física do que qualquer intervenção sozinha. Dessa forma, reforça a necessidade de intervenções multidisciplinares (Educação Física, Medicina, Nutrição e outros cursos da Saúde), para melhores resultados.

A promoção da saúde deve fazer parte do empenho político em intervenções com programas de AFs. Esses programas, conforme Mazo (2008) devem ter como fundamento o envelhecimento como um aspecto da vida em sua totalidade, e não apenas entender os idosos como um grupo específico, separado do resto da população.

3.3 Atividade Física

Muitas são as mudanças que ocorrem no organismo de uma pessoa de Terceira Idade como foi visto anteriormente, existindo um consenso de que os exercícios físicos podem retardar essas alterações. Para Spirduso (2005, p.24) “[...] é aceito, de forma geral, que exercícios sistemáticos e crônicos durante toda a vida, quando acompanhados por hábitos de saúde racionais, aumentam a expectativa de vida”.

Shepard (2003) reforça que o objetivo mais importante da AF regular para os idosos, é aumentar a expectativa ajustada à QV do participante. Esse é um objetivo muito mais significativo do que a mera extensão do ciclo de vida total (que frequentemente tem sido o foco de atenção).

Na atualidade econômica (sociedades industrializadas) a manutenção de um estilo de vida e, em particular a AF, tem sido cada vez mais um fator decisivo na QV – tanto geral quanto relacionada à saúde – das pessoas em todas as idades. A AF está associada à melhores funções físicas e mentais, mais motivação para permanecer em um estilo de vida saudável e sensação de bem-estar. Avaliando no contexto público, um estilo de vida mais ativo está relacionado com menores gastos com saúde, menor risco de doenças crônico-degenerativas e redução da mortalidade precoce.

Para os idosos, a AF constante pode melhorar significativamente a QV, fazendo com que continuem participando da maioria das experiências de vida enriquecedoras (SPIRDUSO, 2005, p.31).

Para Meirelles (2000) o objetivo principal da AF na Terceira Idade é o retardamento do envelhecimento, através da manutenção de um estado suficientemente saudável, senão perfeitamente equilibrado, que possibilite a normalização da vida do idoso e afaste os fatores de risco comuns nessa fase da vida. Esclarece que à medida que os benefícios da AF também estão relacionados com uma alimentação adequada e balanceada, controle do consumo de bebidas alcóolicas, isenção de hábitos de tabagismo, hora de sono adequada, praticas apropriadas podem permitir que os idosos vislumbrem uma vida saudável. Através desses comportamentos, comprovar-se-á um envelhecimento bem sucedido em nível fisiológico.

Em estudo realizado por Freitas et al. (2007) que identificou, classificou e discutiu os aspectos socioculturais e educativos ligados à saúde e a QV do idoso, com objetivo de estabelecer relações com os motivos de adesão e permanência, na prática regular de AF, realizados em espaços públicos. A amostra foi composta de 120 usuários de dois programas de exercícios físicos no Recife, com idade entre 60 e 85 anos, praticantes há pelo menos seis meses. Utilizou-se de um questionário adaptado sobre motivação para a prática esportiva utilizado pelo Laboratório de Estudos em Práticas Esportivas e Lazer (LAPEL) da ESEF/UPE.

As autoras esclarecem que os resultados apontaram os motivos mais importantes para adesão: melhorar a saúde (84,2%); melhorar o desempenho físico (70,8%); adotar estilo de vida saudável (62,5%); reduzir o estresse (60,8%); acatar prescrição médica (56,7%); auxiliar na recuperação de lesões (55%); melhorar a autoimagem (50,8%); melhorar a autoestima e relaxar (47,5%). Elencam-se os motivos mais importantes para a permanência: melhorar a postura (75%); promover o bem-estar (74,2%); manter-se em forma (70,8%); sentir prazer (66,7%); ficar mais forte e receber Incentivos do professor (62,5%); sentir bem-estar provocado pelo ambiente (60%); sentir-se realizado e receber atenção do professor (57,5%).

O estudo, anteriormente citado, é reforçado por Nahas (2003) que corrobora com esse entendimento esclarecendo que a AF regular reduz o risco de uma pessoa desenvolver diversas doenças crônicas, especialmente as cardiovasculares – principais causas de morte e de dependência funcional no Brasil e em todo o mundo. Sintetiza que pesquisas mostram que um estilo de vida ativa pode:

- Reduzir o risco de morte prematura por todas as causas;
- Reduzir o risco de morte por doenças cardíacas;
- Reduzir o risco de desenvolver diabetes;
- Reduzir o risco de desenvolver hipertensão;
- Ajudar no controle de pressão arterial em pessoas hipertensas;
- Reduzir sensação de depressão e ansiedade;
- Manter autonomia e a independência do idoso;
- Auxiliar no controle de peso corporal;
- Auxiliar no desenvolvimento e manutenção de ossos, músculos e articulações saudáveis;

- Ajudar indivíduos idosos a manter a força muscular e o equilíbrio, dando-lhes mobilidade e reduzindo as quedas;
- Promover o bem-estar psicológico e a autoestima.

Mazo (2008) corrobora e complementa, destacando outros benefícios como redução das taxas de morbidade relacionadas com as doenças como câncer, osteoporose, osteoartrite, e obesidade.

Em complemento é descrita como a mudança do perfil das AF disponibilizadas na atualidade, que possui papel importantíssimo na adesão ao estilo de vida ativo:

Um dos sucessos do exercício físico como medida preventiva, nos últimos anos, foi a criação de uma moderna educação física, em fazer exercício ou praticar esportes, se tornaram programas de lazer e prazer. Acabou a ideia de que praticar exercícios de forma regular exige desgastes físicos e psíquicos intensos, provocando desprazer e sofrimentos (derrotas). (LEITE, 1996, p. 75).

A seguir, serão abordados os benefícios da AF de acordo com a área de interesse, separados desta forma para melhorar expressar a representatividade das temáticas. Contudo é importante destacar que estas, pelo seu caráter subjetivo dominante, não ocorrem de forma isolada, mas como um conjunto de consequências positivas da AF.

3.3.1 AF x Indicadores biológicos

Conforme Ughini (2005) a morte pode não ser um dos maiores problemas que a pessoa idosa pode enfrentar, mas a dependência e a falta de autonomia, assim o exercício físico torna-se uma alternativa para retardar tal processo. O mesmo autor esclarece que é perceptível porque o exercício físico é assumido como importante e indispensável na vida dos sujeitos idosos, fazendo parte de uma das iniciativas tomadas por eles para auxiliar na sua melhoria da QV.

Em estudo realizado por Rusch et al. (2008) que teve como objetivo avaliar a influência das práticas de AFs e de lazer na QV de idosos, com amostra composta por 113 idosos, que integravam um projeto para pessoas de 60 anos ou mais, no interior do estado do Rio Grande do Sul. Os autores concluíram, através dos resultados, que existe correlação entre as práticas realizadas com o grau de instrução. Verificou-se, ainda, que os idosos que adotaram um estilo de vida mais

ativo utilizam de menos medicamentos, percebem sua saúde de forma mais positiva e apresentam escores superiores na maioria dos domínios do WHOQOL.

AF e aptidão física têm sido associadas ao bem-estar, à saúde e a QV das pessoas de todas as faixas etárias, principalmente na meia idade e na velhice, quando os riscos potenciais da inatividade se materializam, levando a perda precoce de vidas e de muitos anos de vida útil (UGHINI, 2005).

Em estudo realizado por Franchi et al. (2008) que visou caracterizar o conhecimento e a prática de AF em idosos diabéticos tipo 2, assistidos em um ambulatório da cidade de Fortaleza, comparando-os com idosos não-diabéticos. O estudo teve participação de 44 idosos com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) e 44 sem DM2, avaliados por meio de um questionário sobre prática, recomendações, orientações e conhecimentos de AF. Concluíram que, em relação à prática e a frequência semanal de alguma AF, verificou-se que aproximadamente metade dos participantes dos dois grupos não praticava nenhuma AF. Dentre as recomendações recebidas de profissionais da saúde sobre a prática de AF, 84,1% dos idosos diabéticos responderam que as tinham recebido, enquanto que entre os idosos não-diabéticos apenas 58,7% afirmaram que essas recomendações foram dadas. Em relação à opinião dos indivíduos a respeito dos benefícios da AF para os portadores de diabetes, a maioria dos idosos DM2 afirmou que a AF pode beneficiá-los. Dessa forma, os idosos DM2 mostraram melhor conhecimento e prática regular de AF do que os idosos não-diabéticos. Assim, sugerem ser necessária a elaboração de ações em que o idoso adquira conhecimentos para a descoberta de seus limites físicos e motores.

Como foi descrito anteriormente, o envelhecimento degrada os sistemas que suportam a capacidade de trabalho, assim o exercício sistemático geralmente melhora esses sistemas, dessa forma indivíduos idosos que mantêm um nível de função física alto, aumentam sua distância da fadiga.

Assim, “a quantidade de AF no estilo de vida de cada indivíduo é uma determinante altamente significativa nas diferenças individuais da capacidade física em idosos” (SPIRDUSO, 2005, p.104).

Conforme Nahas (2003) a AF possui seu reconhecimento, visto que: “tem levado organizações como Instituto Americano de Pesquisa do Câncer a estabelecer que: poucas coisas na vida são mais importantes do que a saúde, e poucas coisas são tão essenciais para a saúde e o bem-estar como a AF”.

3.3.2 AF x Saúde psicológica

Para Spirduso (2005) além dos benefícios fisiológicos, o potencial impacto benéfico do condicionamento físico, ao aumentar a QV dos idosos por meio de uma melhora na cognição e, conseqüentemente, uma melhora no funcionamento psicossocial, é tão grande que não pode ser esquecido.

Em estudo publicado por Silva (2008) foi realizada análise sob a perspectiva da QV da OMS e da teoria da auto eficácia de Bandura. O estudo foi desenvolvido com 125 idosos participantes de um centro de lazer em Porto Alegre, no qual realizam AF e sociais, esse teve o objetivo de compreender a construção dos comportamentos promotores de saúde dessas pessoas. Em primeira etapa foi aplicado um formulário contendo questões demográficas, socioeconômicas e de auto percepção da saúde e o questionário WHOQOL-bref. Houve correlação positiva, entre as médias dos domínios (físico, psicológico, relações sociais, meio ambiental), estatisticamente significativa com o domínio global. Com análise de regressão linear múltipla, o domínio físico foi o maior preditor de QV, seguido pelos domínios meio ambiente e relações sociais. Para conhecer as atividades promotoras de saúde e identificar os fatores que influenciaram esses indivíduos idosos a adotar e manter comportamentos que consideram saudáveis foram entrevistados 11 que alcançaram escores com um desvio-padrão igual ou acima da média do grupo.

Na análise das entrevistas, surgiram três categorias: comportamentos promotores de saúde (prática de AF, cuidados com a nutrição e convivência familiar/social), adoção dos comportamentos promotores de saúde (influências na infância/juventude e na maturidade) e manutenção dos comportamentos promotores de saúde (atitudes e atributos pessoais positivos, expectativa de viver melhor e mais tempo). A investigação evidenciou que esses indivíduos mantêm comportamentos promotores de saúde similares aos recomendados pelos profissionais e pelas organizações de saúde. Além disso, supõe-se que a adoção e a manutenção de tais comportamentos foram determinadas pelo senso positivo de auto eficácia desses indivíduos e porque eles desenvolveram estratégias para facilitar a manutenção.

Da mesma forma, alguns especialistas acreditam que as pessoas que realizam regularmente exercício aeróbio têm níveis mais baixos de estresse crônicos e conseguem se adaptar melhor ao estresse do que os indivíduos sedentários.

Assim, comprovam como a AF é benéfica por estimular a “adaptabilidade”, reduzindo impactos do envelhecimento. (SPIRDUSO, 2005).

Em um estudo realizado com idosos moderadamente deprimidos (média de idade de 72,5 anos), McNeil, LeBlanc e Joyner¹³ (1991 apud SPIRDUSO, 2005, p.329) descobriram que os grupos de exercício e de contato social, comparados a um grupo controle de lista de espera, reportaram reduções significativas na depressão, medida através do inventário de depressão de Beck (Beck e Beamesderfer, 1974). Além disso, embora o grupo de contato social tenha demonstrado reduções iguais na depressão psicológica e total, apenas o grupo de exercício demonstrou uma diminuição dos sintomas somáticos da depressão, como falta de apetite, aumento da fadiga e distúrbio do sono.

Conforme Spirduso (2005) as pessoas saudáveis e condicionadas fisicamente conseguem processar as informações mais rapidamente e melhor, mantendo seus níveis de ansiedade baixos, afastando a depressão e outros problemas emocionais, além de sentir um aumento na sensação de bem-estar e satisfação de vida.

Dessa forma, é reforçada a ideia de que intervenções interdisciplinares são as melhores abordagens para melhorar a QV dos indivíduos.

3.3.3 AF x Integração social

Promover a maior QV, proporcionar a reintegração na vida social, de forma restabelecer as relações sociais, têm sido ações para combater o sedentarismo com a utilização de exercícios. Nesse campo os profissionais de Educação Física devem atuar, reforçando a importância da AF. Da mesma forma o *American College of Sports Medicine* (1998) afirma que um fator relevante da AF para idosos é a promoção do convívio social do indivíduo, reduzindo os problemas psicológicos como ansiedade e depressão.

Além dos benefícios já descritos, para Mazo (2008) a AF pode melhorar a socialização dos idosos, atuando diretamente na problemática de adaptação do idoso à sociedade e auxiliando na reorganização da vida social.

Segundo Santana (2010) em estudo realizado para conhecer e descrever o significado da AF para a Terceira Idade, participaram 70 idosos integrantes do

¹³ McNEIL, J.K.; LeBLANC, E.M.; JOYNER, M. The effect of exercise on depressive symptoms in the moderately depressed elderly. *Psychology of aging*, v.6, p.487-488, 1991.

Programa Saúde e Cidadania na Terceira Idade, do CEFET/RN, no qual foi utilizada a técnica da entrevista estruturada em situação individual contendo questões sócio demográficas sobre a percepção da importância da AF para a saúde e uma questão aberta. Foram constatados diferentes entendimentos compartilhados dos indivíduos do estudo sobre os benefícios da AF, representados pelos campos semânticos fuga dos problemas, autoestima, felicidade, QV e integração social. Dessa forma, o fenômeno, identificado no âmbito psicossocial, foi capaz de esclarecer aspectos importantes da necessidade da AF para as práticas de saúde em geral para idosos.

Spirduso (2005) reforça que outro fator que pode contribuir nos benefícios psicológicos das aulas ou programas de exercício é o reforço social que ocorre tanto durante como fora da aula. Esclarece que os principiantes de aula estimulam e elogiam uns aos outros pela realização de atividades diferentes dentro da aula, por sua participação. A aprovação social é uma maneira forte de reforço social e pode elevar os estados de humor (ROSS e HAYES¹⁴ 1998 apud SPIRDUSSO, 2005, p.335). Reforça que esse tipo de aprovação social também tem o potencial de aumentar a saúde emocional em longo prazo. O *American College of Sports Medicine* (1998) confirma, da mesma forma que pessoas moderadamente ativas têm menos risco de apresentarem disfunções mentais do que pessoas sedentárias, demonstrando que a participação em programas de exercícios físicos exerce benefícios, também, para funções cognitivas.

Em estudo que corrobora com essa ideia, Navarro et al. (2008), com objetivo de caracterizar o perfil de idosos participantes de um projeto de assistência geriátrica, bem como descrever a percepção dos mesmos sobre a influência das AFs em sua vida, participaram 35 idosos integrados de um grupo assistido e AF. Os resultados revelaram que os idosos avaliam positivamente a participação na vida familiar representada por passeios conjuntos, participação nas decisões e pouca frequência de conflitos. A maior parte dos idosos refere que as atividades favorecem a saúde física e emocional. Concluíram que, além de melhoria em suas condições físicas, as atividades proporcionam contatos sociais, dando suporte ao bem-estar emocional. Sendo este um dos poucos estudos localizados, no qual foi referida a importância da AF não somente em âmbitos físicos, mas também emocionais, como forma de socialização.

¹⁴ ROSS, C.; HAYES, D. Exercise and psychological well-being in the Community. **American Journal of Epidemiology**, 127:176-71, 1988.

Conforme Mazo (2008) apesar dos inúmeros benefícios biológicos e psicossociais da AF no processo de envelhecimento anteriormente descritos, há necessidade de pesquisas adicionais relacionadas com a interação da AF, exercício físico e aptidão física com um envelhecimento saudável.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente estudo, foi possível descrever, através da revisão de literatura, os efeitos da AF sobre a QV dos idosos, avaliando os fatores que determinam esta e como AF pode contribuir para o envelhecimento saudável.

Anteriormente foi visto como a mudança no perfil demográfico nas últimas décadas, com o aumento da população com idade superior a 60 anos, vem gerando novas necessidades, preocupações e, conseqüentemente, ações com intuito de melhorar a qualidade dos anos vividos. Tal mudança foi possibilitada devido às descobertas e avanços na medicina, à redução da mortalidade, ao aumento da expectativa de vida e a melhora no estilo e condições de vida.

Esse envelhecimento da população é um grande sucesso para humanidade, porém gera, em iguais proporções, grandes desafios. Atualmente o envelhecimento global já vem causando um aumento das demandas sociais e econômicas em todo o mundo, fazendo com que os idosos não fossem mais ignorados, já que eram vistos como minoria improdutiva. Este cenário está se alterando dia-a-dia, tendo em vista a mudança do perfil dos idosos, que cada vez mais se mantêm ativos e engajados em atividades.

Como foi descrito, o envelhecimento possui diversas facetas, e pode ser analisado de forma analítica e/ou global. É consenso que o que ocasiona a morte não é o passar dos anos, mas as conseqüências e o somatório de ocorrências (doenças crônicas e processos patológicos), visto que os sistemas perdem a capacidade de se adaptar as situações vividas.

Da mesma forma que o envelhecimento pode trazer algumas alterações semelhantes e eminentes a todos, estruturalmente falando, este também deve ser analisado quando a sua concepção para cada individuo, pois trata-se de um processo dinâmico e diretamente influenciado pela forma como é encarado, quando nos âmbitos psicossociais.

Assim, entrar na Terceira Idade, não é ser o contrário de ser jovem, visto que o envelhecimento deve ser visto como uma nova etapa da vida, que como as outras, tem de ser vivida da maneira mais positiva e saudável possível.

No aspecto social do envelhecimento, destacam-se as perdas de papéis ocupacionais significativos, que geram muitas vezes a redução de opções de contato e por conseqüente à menor participação do idoso em atividades.

Assim, não podemos analisar um processo tão importante e inerente a todos os seres, sem identificar todos os seus componentes. Como foi descrito, além das modificações fisiológicas, é possível evidenciar alterações psicossociais, que no contexto da Educação Física também devem ser consideradas para estimular um estilo de vida ativo. Desta forma, as atividades planejadas devem visar o bem-estar e QV por completo. Assim, as AFs devem levar também, ao resgate e a valorização do idoso, incentivando a sua participação produtiva na sociedade, além de promover a convivência, as trocas de ideias, estimular o pensar, o fazer e o aprender. Essa deve ser planejada também procurando estimular a convivência em grupo, nos quais são gerados momentos de reflexão e os laços afetivos entre os participantes, consequências essas que se demonstram fatores determinantes para a aderência e manutenção dos indivíduos ao estilo de vida ativo. Sendo possível promover um envelhecimento com maior independência, maior autonomia e, conseqüentemente, com uma melhor QV.

Para melhor planejar AF, também devemos entender conceitos relacionados à saúde, visto que esta não significa apenas a ausência de doenças. Como descrito, a AF é associada ao bem-estar, à saúde e à QV de pessoas em todas as faixas etárias, principalmente a partir da meia-idade, quando a inatividade se apresenta mais representativa. Contudo, conceituar bem-estar, QV e saúde não é uma tarefa fácil, pois demanda de entendimentos subjetivos do sujeito. Ainda assim, entidades relacionadas ao assunto registraram através de consensos suas definições, que de modo geral possuem boa representatividade global, mas que com o passar dos anos e com a mudança de épocas terá novamente de ser reformulada de acordo com o contexto inerente ao período, assim não existe um conceito fixo.

A AF deve ser analisada e planejada como mediadora de saúde e retardadora do envelhecimento, pois como foi analisado, o envelhecimento altera a adaptabilidade dos sistemas e, conseqüentemente, várias capacidades físicas, assim a prática regular de AF ameniza essas alterações, e apesar de não assegurar necessariamente o aumento dos anos de vida, esta pode garantir um aumento na qualidade dos anos vividos, além de oferecer maior proteção à saúde em fases subsequentes, levando a uma melhor organização sistêmica e a redução de intervenções medicamentosas, utilizadas para doenças que podem ter como uma de suas origens o sedentarismo.

A AF também deve ser entendida como fator estimulante e promotor de autoestima, autoimagem e quebra do estereótipo de fragilidade, comum a esta fase de vida. Assim, um dos seus elementos-chave, acontece quando após o desenvolvimento das competências, o idoso vive experiências motoras de sucesso e assim, se percebe fisicamente capaz, da mesma maneira, que motivado para novos “desafios”. Participar de um programa efetivo de AF aumenta e melhora a capacidade funcional (valências físicas), a função cognitiva, ameniza sintomas de depressão, ansiedade e outras emoções relacionadas ao estresse (melhora da saúde psicológica), além de proporcionar o bem-estar emocional (através de afetos positivos e sensação de auto eficácia).

Apesar de todos os benefícios já citados na revisão relacionados à AF, essa carece do auxílio e interconexão de outros componentes para que exista sucesso na busca do bem-estar, visto que a questão do envelhecimento humano é complexa, assim, outros fatores devem ser considerados, trabalhando de forma multidisciplinar. Educadores físicos, médicos e demais profissionais da saúde devem se unir, juntamente com o poder público para promover, de forma concisa e estruturada um envelhecimento com mais saúde e qualidade.

Apesar dos vários estudos mencionados, observa-se que, no meio estudado, ainda existe carência de estudos na temática QV e AF, nos contextos emocionais e sociais dos idosos, principalmente na área de Educação Física. Nos estudos avaliados, foi consenso os benefícios da AF, contudo existem diferenciações nos métodos utilizados (diferentes instrumentos de medidas de QV e AF), bem como amostragens com características diferenciadas em termo de sexo, idade, escolaridade, patologia, entre outros, o que pode dificultar comparações.

Assim, estudar esta temática (QV, envelhecimento e AF) é de suma importância para a área de saúde pois possibilita análise de parâmetros, reflexões e novos conhecimentos a respeito, melhorando as abordagens e as tornando de maior sucesso e aplicabilidade.

Foi possível aprofundar o conhecimento sobre as temáticas desenvolvidas e concluir que existe a necessidade de maiores estudos, principalmente com intuito de avaliar outras variáveis benéficas relacionadas à AF e QV em idosos, como forma de ampliar a formação dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- ACSM – American College of Sports Medicine. Position Stand: exercise and physical activity for older adults. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v.30, n.6, p.992-1008, 1998.
- BANHATO, E.F.C.; SCORALICK, N.N.; GUEDES, D.V.; SILVA, K.C.A.; MOTA, M.M. P. E. Atividade física, cognição e envelhecimento: estudo de uma comunidade urbana. **Psicologia: Teoria e Prática**, 11(1), p.76-84, 2009.
- BENEDETTI, T.R.B. Atividade física: uma perspectiva de promoção de saúde do idosos no município de Florianópolis. **Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho. Hum.** 7(2), p.116, 2005. ISSN 1415-8426
- BLESSMANN, EJ. Corporeidade e envelhecimento: o significado do corpo na velhice. Porto Alegre: **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, v6, p.21-39, 2004.
- CANEPPELE, M.C.G.L. **Capacidade Funcional e Qualidade de vida de Indivíduos Idosos de Porto Alegre**. 2007. 190 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.
- CAPORICCI, S. e NETO, M.F.O. Estudo comparativo de idosos ativos e inativos através da avaliação das atividades da vida diária e medição da Qualidade de vida. **Motricidade**, vol. 7, n. 2, p. 15-24, 2011.
- CICONELLI, R.M.; FERRAZ, M.B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M.R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de Qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol.**, 39(3), p.143-50, 1999.
- COSTA, G. Tríplice visão do envelhecimento: Longevidade, Qualidade de Vida, Atividade Física e Aspectos Biopsicossociais. Revisão de Literatura. In: **Revista SOBAMA**. V.8, 2003.
- DEPONTI, R.N.; ACOSTA, M.A.F. Compreensão dos Idosos sobre os fatores que influenciam no Envelhecimento Saudável. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p.33-52, 2010.
- FILHO, H.T., SANTIN, J.R. e VIEIRA, P.S. **Envelhecimento Humano: saúde e dignidade**. Passo Fundo: UPF, p.11-16, 2005.
- FILHO, W.J. **Saúde na terceira idade**. Publicado em 18.08.1997. Disponível em: < <http://www.saudetotal.com.br/artigos/idoso/terceiraidade.asp> >. Acessado em: 25, set. 2011.

FLECK, M.P.A.; CHACHAMOVICH, E. ; TRENTINI, M. Projeto WHOQOL-OLD: Método e resultados de grupos focais no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, 37 (6), p.793-799, 2003.

FRANCHI, K.M.B.; MONTEIRO, L.Z.; MEDEIROS, A.I.A.; ALMEIDA, S.B.; PINHEIRO, M.H.N.P.; MONTENEGRO, R.M.; JÚNIOR, R.M.M. Estudo comparativo do conhecimento e prática de atividade física de idosos diabéticos tipo 2 e não diabéticos. **REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL.** 11(3), p.327-339, 2008.

FREITAS, C.M.S.M.; SANTIAGO, M.S.; VIANA, A.T.; LEÃO, A.C.; FREYRE, C. Aspectos motivacionais que influenciam a adesão e manutenção de idosos a programas de exercício físicos. **Rev. Bras.Cineantropom. Desempenho Hum.** 9(1), p.92-100, 2007.

GUEDES, O.C. Idoso, esporte e competição. In: _____. **Idoso, esporte e atividades físicas**. João Pessoa: Ideia. p.27-64, 2001.

LEITE P.F. **Exercício, envelhecimento e promoção da saúde**. Belo Horizonte: Health, 1996.

LIVTOC, J. e BRITO, F. C. **Envelhecimento: Prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004.

LOUREIRO, A.; OLIVEIRA, R.G.R.S. Alongamento, Flexibilidade e Qualidade do Envelhecer. In: WOLFF, S. H. (org.). **Vivendo e envelhecendo: recortes de práticas sociais nos núcleos de vida saudável**. São Leopoldo: Ed. UNISINOS, p.125-133, 2009.

MANOEL, E. J. Atividade Motora e Qualidade de vida: uma abordagem desenvolvimentista. In: BARBANTI, V. J. **Esporte e atividade física: interação entre rendimento e qualidade vida**, p. 113-27, São Paulo: Manole, 2002.

MARTINS, C.R.; ALBUQUERQUE, F.J.B.; GOUVEIA, C.N.N.A.; RODRIGUES, C.F.F.; NEVES, M.T.S. Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. **Estud. interdiscip. envelhec.**, Porto Alegre, v. 11, p.135-154, 2007.

MATSUDO, S.M.C. Envelhecimento e Atividade Física. In: FARIA JUNIOR, A.G. **Atividade Físicas para Terceira Idade**. Brasília: SESI, p.23-26, 1997.

MAZO, G. Z. **Atividade física, Qualidade de vida e envelhecimento**. Porto Alegre: Sulina, 2008.

_____. **Atividade física e o idoso: concepção gerontológica**. 2ed. Porto Alegre: Sulina, 2004.

MAZO, G. Z.; LOPES, M. A.; BENEDETTI, T. B. **Educação física e o idoso: concepção gerontológica**. Porto Alegre: Sulina, 2001.

MEIRELLES, M. A.E. **Atividade física na terceira idade**. 3 ed. Rio de Janeiro: Sprint, 2000.

MOTA, J. Envelhecimento e exercício – atividade física e Qualidade de vida na população idosa. In: BARBANTI, V. J. **Esporte e atividade física: interação entre rendimento e qualidade vida**, São Paulo: Manole, p. 183-94, 2002.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e Qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 3 ed. Ver. Atual. Londrina: Miograf, 2003.

NAVARRO, F.M.; RABELO, J.F.; FARIA, S.T.; LOPES, M.C.L.; MARCON, S.S. Percepção de idosos sobre a prática e a importância da atividade física em suas vidas. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre: RS. Dez;29(4), p.596-603, 2008.

NÉRI, A.L. **Psicologia do envelhecimento**. São Paulo: Papyrus, 1995.

NIEMAN, D.C **Exercício e Saúde**. São Paulo: Manole, 1999.

NÓBREGA, A. C. L.; FREITAS, E. V.; OLIVEIRA, M. D.; LEITÃO, M. B.; LAZZOLI, J. K.; NAHAS, R. M.; BAPTISTA, C. A. S.; DRUMMOND, F. A.; REZENDE, L.; PEREIRA, J.; PINTO, M.; RADOMINSKI, R. B.; LEITE, N.; THIELE, E. S.; HERNANDEZ, A. J.; ARAÚJO, C. G. S., de; TEIXEIRA, J. A. C.; CARVALHO, T.; BORGES, S. F.; De ROSE, E. H. Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: Atividade Física e Saúde do Idoso. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. Rio de Janeiro, v.5, n. 6, p.207-211, Nov/Dez, 1999.

OKUMA, S.S. Um modelo pedagógico de Educação Física para idosos. In: Seminário Internacional sobre atividade física para terceira idade: Educação física para idosos: Por uma prática fundamentada. **Anais**. Brasília, 2004.

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde**. 2002 World Health Organization - 1ª edição traduzida para o português [Tradução: Suzana Gontijo. Revisão em português: Janaina Caldeira. Capa e Projeto Gráfico: Fabiano Camilo]. Opas – OMS (www.opas.org.br). Brasília - 2005.

PASCHOAL, S.M.P. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. et al. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, p.26-43, 1996.

RAMOS, A. T. **Atividade Física – Diabéticos, gestantes, 3º idade, crianças, obesos**. Rio de Janeiro: Sprint, 1997.

RODRIGUES, R.P. Prefácio. In: WOLFF, S. H. (org.). **Vivendo e envelhecendo: recortes de práticas sociais nos núcleos de vida saudável**. WOLFF, Suzana Hübner (org.), São Leopoldo: Ed. UNISINOS, p.7-8, 2009.

RUSCH, S.G.S.; MALLETT, L.G.; SOUZA, L.D.M.; WENDT, G.W.; ARGIMON, I.L. Opções de lazer e atividades físicas e sua relação com a Qualidade de vida em

idosos. **Movimento & Percepção**, Espírito Santo do Pinhal, SP, v. 9, n. 12, jan./jun. 2008. ISSN 1679-8678

SANTANA, M.S. Significado da atividade física para práticas de saúde na Terceira Idade. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p.239-254, 2010.

SANTIN, J.R.; SANTIN, C.A. Estatuto do Idoso: Inovações de uma realidade distante. In: PASQUALOTTI, A.; PORTELLA, M. R.; BETTINELLI, L.A. (Org.). **Envelhecimento Humano: Desafios e Perspectivas**. Passo Fundo: UPF, p.269-287, 2004.

SEBASTIÃO, E.; CHRISTOFOLETTI, G.; GOBBI, S.; HAMANAKA, A.Y.Y.; TERESA, L.T.B. Atividade física, qualidade de vida e medicamentos em idosos: diferenças entre idade e gênero. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**, 11(2), p.210-216, 2009.

SHEPARD, R.J. **Envelhecimento, atividade física e saúde**. São Paulo: Phorte Editoria, 2003.

SILVA, M. C. S. Comportamentos promotores de saúde e Qualidade de vida de pessoas idosas participantes de um centro de lazer em Porto Alegre. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 135-158, 2009.

SKEVINGTON, S.M. Advancing cross-cultural research on quality of life: observations drawn from the WHOQOL development. World Health Organisation Quality of Life Assessment. **Qual Life Res**. 11(2), p.135-144, 2002.

SPIRDUSO, W.W. **Dimensões físicas do envelhecimento** [tradução Paula Bernardi, revisão científica Cássio Mascarenhas Robert Pires]. Barueri, SP. Manole, 2005.

TAVARES, D.M.S.; MARTINS, N.P.F.; DIAS, F.A.; DINIZ, M.A. Qualidade de vida de idosos com e sem hipertensão arterial. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2011 abr/jun;13(2):211-8. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/pdf/v13n2a07.pdf> >. Acessado em 20 out. 2011.

TREVISOL, D.J. **Qualidade de vida e Hipertensão arterial sistêmica: Estudo da base populacional na cidade de Porto Alegre (RS)**. 84f. 2010. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde: Cardiologia e Ciências Cardiovasculares) Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp126043.pdf>.

UGHINI, A. B. Corporeidade como construção da qualidade de vida do idoso. In: SANTIN, J. R. VIEIRA, P. S. TOURINHO, H. F. (Orgs.) **Envelhecimento humano: saúde e dignidade**. Passo Fundo: UPF, p. 51-74, 2005.

VILLAREAL, D.T.; CHODE, S.; PARIMI, N.; SINACORE, D.R.; HILTON, T.; VILLAREAL, R.A.; NAPOLI, N.; QUALLS, C.; SHAH, K. Weight Loss, Exercise, or Both and Physical Function in Obese Older Adults. **The New England Journal of**

Medicine 364;13, p.1218-29, 2011. Disponível em: <
<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1008234> >. Acessado em 20 out. 2011.

ZAGO, A.S.; POLASTRI, P.F.; VILLAR, R.; SILVA, V.M.; GOBBI, S. Efeito de um Programa Geral de Atividade Física de Intensidade Moderada Sobre os Níveis de Resistência de Força em pessoas de Terceira Idade. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 5, n.3, p.42-51, 2000. ISSN: 1413-3482

ZIMERMAN, G.I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

WARE, J.E.Jr.; SHERBOURNE, C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Med Care**. 30(6), p.473-483, 1992.

WHO (World Health Organization). **Measuring quality of life. Division of mental health and prevention of substance abuse**, 1997. Disponível em:
<http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf> Acessado em: 02, nov. 2011.

_____. **Constitution of the World Health Organization**. Basic Documents, 1946. WHO. Genebra.

WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer Verlag, p. 41-60, 1994.

_____. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assesment. **Psychol Med**. 28, p.551-558, 1998.

WOLFF, S.H. Envelhecimento bem-sucedido e políticas públicas. In: _____ (org.). **Vivendo e envelhecendo: recortes de práticas sociais nos núcleos de vida saudável**. São Leopoldo: Ed. UNISINOS, p.15-29, 2009.