



ConScientiae Saúde

ISSN: 1677-1028

conscientiaesaude@uninove.br

Universidade Nove de Julho

Brasil

Gomes Dias Oliveira, Janaísa; Dieter Stobaus, Claus; Magalhães Costa, Joelma
Diferenças socioeconômicas e qualidade de vida em idosos praticantes de atividades
físicas/psicossociais

ConScientiae Saúde, vol. 14, núm. 2, 2015, pp. 200-212

Universidade Nove de Julho

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92941499003>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re^odalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Diferenças socioeconômicas e qualidade de vida em idosos praticantes de atividades físicas/psicossociais

Socioeconomic differences and quality of life in elderly practitioners of physical/psychosocial activities

Janaína Gomes Dias Oliveira¹; Claus Dieter Stobaus²; Joelma Magalhães Costa³

¹Fisioterapeuta, Doutora em Gerontologia Biomédica Pontifícia Universidade Católica PUC/RS, Docente do curso de Fisioterapia, Instituto Superior de Teologia Aplicada – INTA-CE. Sobral, CE – Brasil.

²Médico, Doutor em Educação, Professor do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia e Faculdade de Educação da Pontifícia Universidade Católica PUCRS, e no Unisalle. Porto Alegre, RS – Brasil.

³Mestre em Ciências da Reabilitação – Universidade Nove de Julho – Uninove, Docente do curso de Fisioterapia no Centro Universitário do Norte/AM. Manaus, AM – Brasil.

Endereço para correspondência

Janaína Gomes Dias de Oliveira
Av. Sete de Setembro, 253
96400-003 – Bagé – RS [Brasil]
janaisaoliveira@hotmail.com

Resumo

Introdução: Os idosos possuem condições de saúde diferenciadas, devido a mudanças fisiológicas associadas à idade. **Objetivo:** Comparar a qualidade de vida (QV) de idosos praticantes de atividades físicas regulares (GAF) e de atividades psicossociais (GAP), por meio do Whoqol-Bref e do Whoqol-Old, relacionando ao perfil socioeconômico. **Métodos:** Entrevistaram-se 108 idosos, distribuídos entre os grupos GAF (n=54) e GAP (n=54). **Resultados:** Verificou-se predomínio do sexo feminino e mais escolarização ($p<0,05$) no GAF. O GAP tinha rendimentos até três salários mínimos ($p<0,05$) e atuava na área de serviços gerais/manutenção, enquanto o GAF na de saúde ou no lar ($p<0,05$). Na aplicação do Bref no GAF, a pontuação foi elevada no domínio físico ($71,0\pm15,6$) e nas relações sociais ($70,7\pm15,2$). No GAP, as relações sociais ($69,1\pm19,1$) aumentaram; no GAF o físico foi significativo ($p<0,05$). No Old: “passado presente futuro”, “participação social”, “autoestima” apresentaram $p<0,05$. **Conclusão:** A escolaridade e renda e escolaridade influenciaram na prática de exercícios e na melhor qualidade de vida.

Descritores: Atividade física; Atividades de lazer; Qualidade de vida; Idoso.

Abstract

Introduction: As a result of physiological and environmental changes associated with aging, the elderly have health conditions different from those of the young. **Objective:** To compare the quality of life (QOL) of elderly practitioners of regular physical activity (RPA) and psychosocial activities (PA) using the Whoqol-Bref and Whoqol-Old instruments, in relation to socioeconomic profile. **Methods:** We interviewed 108 elderly persons, divided into two groups: RPA (n=54) and PA (n=54). **Results:** There was a predominance of females and higher-educated individuals ($p<0.05$) in the RPA group. The PA group earned up to three times the minimum wage ($p<0.05$), and its participants worked in general services/maintenance jobs, while the members of the RPA group were employed in health and home services activities ($p<0.05$). The scoring was high in the physical domain (71.0 ± 15.6) and in social relations (70.7 ± 15.2) when Bref was applied in the RPA group. Social relations scores increased in the PA group (69.1 ± 19.1); in the RPA group, the physical domain was significant ($p<0.05$). In Old, “past present future”, “social participation”, and “self-esteem” showed $p<0.05$. **Conclusion:** Education and income had an influence in the practice of exercise and in quality of life.

Key words: Elderly; Physical activity; Leisure activities; Quality of life.

Introdução

No Brasil, são consideradas idosas as pessoas com mais de 60 anos. O aumento populacional do número de idosos acarretou no aparecimento de doenças associadas ao envelhecimento, destacando-se as crônico-degenerativas, tornando-se necessária a implementação de estratégias que atendam as necessidades dessa população, principalmente, no que diz respeito à sua saúde.

Uma boa saúde na idade avançada é entendida como o conjunto de ações realizadas pelo indivíduo diariamente, como sua alimentação, o uso de medicamentos e a prática de atividades físicas, sendo todos estes tidos como uma prevenção das doenças cardiovasculares (DCV)¹.

A hipertensão está intimamente ligada às doenças cardiovasculares, sendo esta, também, consequência do nível do estado socioeconômico do indivíduo, ou seja, desde a sua profissão e salário, como também das informações que este recebe a respeito dos fatores de riscos que podem ser facilmente identificados e evitar desta forma agravos a saúde².

Uma importante consequência do envelhecimento da população mundial é a eclosão das doenças cardiovasculares, que constitui a causa mais frequente de óbito entre os idosos. No Brasil, 17 milhões de indivíduos têm hipertensão arterial, representando 35% da população de 40 anos ou mais. Além disso, estima-se que 4% das crianças e dos adolescentes também sejam portadores dessa enfermidade³.

Assim, diante do envelhecimento e das mudanças que vêm ocorrendo nas famílias, os serviços para a população idosa serão cada vez mais requisitados ao poder público e, para que sujeitos em idade avançada tenham suas necessidades atendidas, o Estado deverá estar preparado⁴.

Embora os idosos apresentem características em comum, não se pode afirmar que todas as pessoas a partir de certa idade terão as mesmas necessidades. Periodizar e homogeneizar a população idosa são estratégias que servem para manter ações padronizadas para esta faixa

etária, sem levar em conta as diferenças regionais, culturais e de condições físicas e mentais dos indivíduos⁵.

Neste contexto, percebe-se a promoção da atividade física como uma das possibilidades de promover melhores níveis de saúde, especificamente para os idosos, implicando diretamente na vida destas pessoas, tais como melhora da capacidade funcional e da qualidade de vida, redução de riscos à saúde, socialização e no ambiente físico em que estão inseridas⁶.

O efeito benéfico da atividade física como prevenção de uma série de doenças crônicas já se encontra comprovado pela literatura. Porém, em grupos economicamente desfavorecidos, os níveis de atividade são mais baixos, sendo, por esse motivo, muito difícil recrutá-los e mantê-los em programas de atividade física. Mesmo sabendo que a prática de exercício está diretamente relacionada com a melhora da qualidade de vida, em seus aspectos multiculturais e que as intervenções são dirigidas, apenas uma minoria desses grupos desfavorecidos, em especial, os de baixa renda, se envolvem de modo ativo nesses programas⁵. É possível que o nível de alfabetização/escolaridade não permita o pleno entendimento desses benefícios e sua manutenção voluntária nos programas por parte desses cidadãos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)/World Health Organization (WHO)⁷, a qualidade de vida é definida como a percepção, pelo próprio indivíduo, de sua posição na vida, no seu contexto cultural, seu sistema de crenças e valores, relacionando-os aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Assim, o termo qualidade de vida incorpora conceitos bem diferenciados, englobando questões relacionadas a condições e estilos de vida, como desenvolvimento sustentável e direitos humanos e sociais, trazendo à tona, a subjetividade e o seu caráter multidimensional⁸.

Dessa forma, a qualidade de vida engloba seis áreas, a saber: da saúde física, do estado psicológico, do nível de independência, das relações sociais, do meio ambiente e da espiritualidade. Investigações vêm mostrando formas de

melhorar a qualidade de vida daqueles que estão envelhecendo, e uma delas é a de obter essa melhoria por meio da participação no desenvolvimento de programas de saúde, os quais devem conter tanto a prática de atividades físicas como as de cunho psicossocial, de modo a abrangê-las de maneira global⁸.

Conhecendo as características demográficas e socioeconômicas da população idosa, concomitante às informações relacionadas à percepção de sua qualidade de vida, torna-se possível realizar um mapeamento de suas necessidades e orientar em direção a políticas de atendimento em saúde, mas também de cunho mais social. Isto pode ocorrer mediante recomendação da prática de exercícios físicos e da adoção de atividades psicossociais em sua rotina diária, pois esses modelos de estratégias não farmacológicas intervencionistas utilizados no tratamento e controle de níveis pressóricos e demais indicadores cardiovasculares, tais como frequência cardíaca, respiratória, também melhoram a qualidade de vida¹.

Considerando o exposto, neste trabalho, analisam-se as diferenças socioeconômicas de um grupo de idosos praticantes de exercícios físicos regulares com um grupo que realiza atividades psicossociais, apresentando domínios da qualidade de vida, segundo o questionário Whoqol-Breff e o Whoqol-Old. Este estudo diferencia-se dos demais, pois demonstra relação entre as variáveis discutidas.

Material e métodos

Nesse estudo, transversal de tipo exploratório-descriptivo, selecionou-se uma amostra de 108 idosos, por conveniência, constituída de um grupo de praticantes de atividades físicas regulares (54) e um grupo que realizava atividades psicossociais (54), da população de idosos do Programa de Exercícios para a Terceira Idade da Faculdade de Educação Física – FEFID-PUCRS (Grupo de Atividades Físicas – GAF) e do Centro Universitário Vila Fátima da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul- CEUVF-PUCRS (Grupo de

Atividades Psicossociais – GAP). Ambos os grupos realizaram a avaliação socioeconômica e responderam os questionários de avaliação da qualidade de vida (Whoqol-Breff e Whoqol-Old). Os critérios de inclusão utilizados foram idosos que tinham idade igual ou superior a 60 anos, assiduidade nos programas, atestado médico para os praticantes de atividades físicas regulares incluído no Programa do FEFID, e assiduidade aos que realizavam atividades psicossociais regulares no Programa do CEUVF-PUCRS.

Utilizou-se o *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0, sendo realizada a análise estatística descritiva dos resultados com o teste Kolmogorov-Smirnov; análise bivariada com “t” de Student e de Mann-Whitney, na comparação entre variáveis categóricas Qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher. Para critérios de decisão estatística, adotou-se significância de $p < 0,05$.

Para realização deste trabalho, seguiram-se as normas para pesquisas com seres humanos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, com a aprovação das chefias dos locais de realização e todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após a aprovação do projeto em 17/12/2010 pela Comissão Científica do Programa de Pós-Graduação em Geriatria e Gerontologia Biomédica da PUCRS, e pelo Comitê de Ética da PUCRS- 10/05230.

Avaliação da qualidade de vida

A qualidade de vida foi avaliada por meio de questionários Whoqol-Breff e Whoqol-Old, desenvolvidos pelo grupo World Health Organization Quality of Life Group, validados em 1991, contendo uma escala dentro uma perspectiva transcultural com o objetivo de analisar a qualidade de vida em adultos. Esses instrumentos consideram o caráter subjetivo da qualidade de vida (englobando aspectos positivos e negativos) e foi constituído por 26 itens, divididos em três facetas: funcionamento dos sentidos (FS); autonomia (AUT); sentimento

de utilidade, respondidos de maneira espontânea. Cada premissa foi composta por quatro itens avaliados por uma escala tipo Lickert (1 a 5 pontos), cujos escores variaram de 4 a 20 pontos. A obtenção do escore total de QV derivou da soma dos 26 itens do Old, e 26 do Breff, em que os escores altos representam alta/maior QV (qualidade de vida) e escores baixos representam baixa/menor QV⁷.

Grupo de idosos do CEUVF

O Grupo de Atividades Psicossociais desempenhava atividades coletivas de cunho mais psicossocial, aulas de costura e artesanato, bem como atividades de relaxamento. Nesse grupo, havia hipertensos e diabéticos que participavam de palestras informativas sobre a doença e controlavam a PA e sua taxa de glicose frequentemente. Os encontros eram realizados duas vezes por semana, mediados pela enfermeira do CEUVF, com duração em torno de 50 min.

Grupo do Programa de exercícios para a terceira idade – FEFID/PUCRS

Esse grupo tinha suas aulas conduzidas por acadêmicos de Educação Física e estagiários da disciplina Saúde e Lazer – FEFID-PUCRS, os quais enfatizavam diferentes modalidades de atividades físicas, tais como: ginástica, dança, recreação, jogos, caminhada orientada, alongamento, fortalecimento muscular para idosos, sendo respeitadas as especificidades e condições físicas de cada um deles, duas vezes por semana, totalizando no primeiro semestre: 20 sessões, e no segundo 23, com a duração de 50 min.

Resultados

Caracterização da qualidade de vida

Na análise dos dados referentes à QV, verificou-se que nos domínios do Whoqol-Breff a pontuação média entre GAF foi mais elevada

nos domínios físico ($71,0 \pm 15,6$) e relações sociais ($70,7 \pm 15,2$), e a menor pontuação média foi observada no domínio do meio ambiente ($64,4 \pm 16,6$) ($p < 0,05$). Já entre os do GAP, a média mais elevada foi no domínio relações sociais ($69,1 \pm 19,1$), enquanto que a menor média foi no domínio físico ($62,7 \pm 17,8$). Na comparação dos domínios do Whoqol-Breff entre os grupos GAF e GAP, a diferença significativa ocorreu no domínio físico, no qual a pontuação média foi mais elevada no GAF ($71,0 \pm 15,6$ vs. $62,7 \pm 17,8$; $p < 0,05$). Na pontuação geral, a diferença significativa apontou que o GAF apresentou média mais elevada de QV em relação ao grupo GAP ($p < 0,01$).

No Whoqol-Old, o GAF apresentou maior resposta nos domínios PPF, PS e AUT, e menor pontuação nos domínios FS e MM. No grupo GAP, foi significativo ($p < 0,001$), apontando uma pior QV nos domínios FS e MM.

Na comparação dos domínios no Whoqol-Old entre os grupos, houve diferença significativa no domínio PPF, indicando o GAF ($p < 0,01$) com QV maior nesse domínio. Verificou-se uma tendência de diferença significativa no domínio MM ($p < 0,05$ - $p < 0,10$), no qual a QV no GAF mostrou-se maior que no GAP. Na pontuação média geral do Whoqol-Old, comparando dois grupos, a média do GAF foi mais elevada que a do GAP, conforme as pontuações médias para QV Whoqol-Breff e Whoqol-Old, apresentados na Tabela 1 e gráfico na Figura 1.

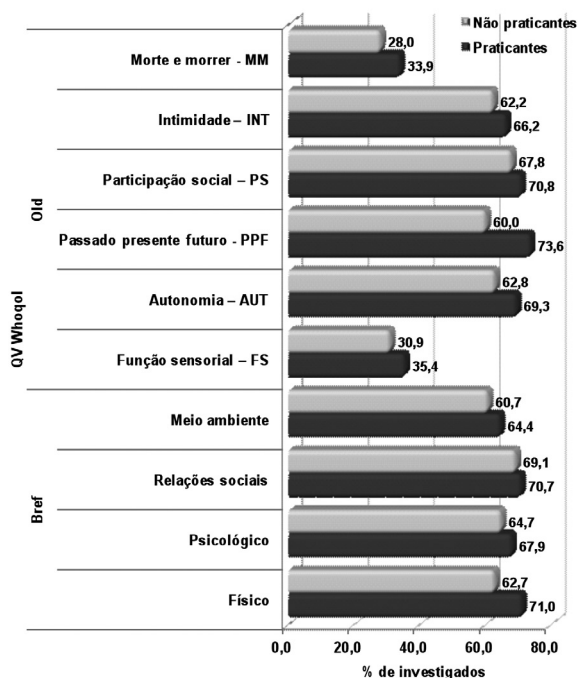
Caracterização socioeconômica e demográfica

Os resultados apresentados referem-se a uma amostra de 108 investigados, distribuídos de forma homogênea entre os grupos que são praticantes de atividades psicossociais regulares – GAP ($n=54$) e os que praticam atividades físicas regulares – GAF ($n=54$). A média de idade no grupo GAF ($67,6 \pm 6,2$) mostrou-se um pouco menor do que a do GAP ($68,9 \pm 7,9$) ($p < 0,05$). O sexo feminino foi significativamente diferente entre o GAF, com 92,6% ($n=50$), e o GAP, com 79,6% ($n=43$) ($p > 0,05$).

Tabela 1: Média e desvio-padrão para as pontuações dos domínios Whoqol-Breff e Whoqol-Old nas avaliações pré- e pós-intervenção no 1º e 2º semestres

Qualidade de vida	GAF		GAP		pΦ
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	
Breff					
Geral Breff	69,3ab	14,4	63,8	15,2	0,009
Físico	71,0a	15,6	62,7	17,8	0,027
Psicológico	67,9ab	13,3	64,7	14,3	0,233
Relações sociais	70,7ab	15,2	69,1	19,1	0,741
Meio ambiente	64,4b	16,6	60,7	13,3	0,442
pF	0,024		0,387		
Old					
Geral Old	59,3bc	16,7	50,2b	16,8	0,007
Função sensorial – FS	35,4d	14,0	30,9c	13,3	0,101
Autonomia – AUT	69,3ab	15,4	62,8a	16,6	0,224
Passado presente futuro – PPF	73,6a	15,3	60,0a	21,4	0,007
Participação social – OS	70,8ab	15,4	67,8a	16,9	0,312
Intimidade – INT	66,2b	20,3	62,2a	16,4	0,417
Morte e morrer – MM	33,9d	27,5	28,0c	21,3	0,085
pF	0,007		<0,001		

Φ: Teste "t" de Student para grupos independentes; F: análise de variância para medidas repetidas – *post hoc* Bonferroni, em que médias seguidas de letras iguais (a, b, c, d) na coluna não diferem a uma significância de 5%.

**Figura 1:** Pontuações médias para QV Whoqol-Breff e Whoqol-Old, segundo o grupo

O nível de escolaridade mostrou-se significativo entre os dois grupos ($p < 0,001$) de forma

que o GAF teve associação a níveis de escolaridade mais elevados de Ensino Médio (EMC); Ensino Superior Incompleto (ESI) e Ensino Superior Completo (ESC), enquanto que no GAP a associação ocorreu com o nível de instrução Analfabeto, Ensino Fundamental Incompleto (EFI) e Ensino Fundamental Completo (EFC).

Na abordagem da faixa econômica, foi detectada associação estatística significativa ($p < 0,01$), de forma que quanto aos rendimentos, o grupo de não praticantes mostrou-se associado aos rendimentos de até um salário mínimo (na época, correspondente a R\$ 645,00), 35,2% ($n=19$), bem como de um a três salários mínimos (de R\$ 646,00 a R\$ 1.635,00), 51,9% ($n=28$). Já, no GAF, a associação ocorreu com as faixas de rendimento de mais de três salários (de R\$ 1.636,00 a R\$ 3.870,00), 31,5% ($n=17$), e acima de seis salários (mais de R\$ 3.871,00), 9,3% ($n=5$). Ou seja, o GAP está associado a menores faixas de rendimento, e o GAF a maiores.

Quanto às atividades profissionais entre os grupos envolvidos, comparou-se e detectou-se como estatisticamente significativa $p < 0,05$.

Os idosos do GAP atuavam na área de serviços gerais/manutenção, enquanto os do GAF em profissões caracterizadas como do lar e ligadas à área da saúde. As análises que envolveram o local de moradia, hereditariedade e hábito tabagista não tiveram associação significativa.

Como já anteriormente descrito, os grupos não eram homogêneos, apresentavam um diferencial nas características socioeconômicas e demográficas. Os grupos GAP e GAF eram compostos, na sua maioria, por mulheres e apresentavam características socioeconômicas e demográficas relevantes, tais como a faixa de rendimento de cada grupo e o local de moradia dos idosos, o que pode ser constatado na Tabela 2.

Nas informações referentes à presença de doenças, esta predominou tanto no grupo de praticantes (66,7%, n=36), quanto no de não praticantes (81,5%, n=44) ($p>0,05$). No entanto, quando foram comparados os tipos de doenças mencionadas, a diferença significativa se configurou apontando que a Diabetes Melito (DM), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e as cardiopatias mostraram-se associadas ao grupo de não praticantes. Já no de praticantes, a associação ocorreu com osteopenia/osteoporose, depressão, e outras doenças (problemas na coluna, hipertireoidismo, artrite, reumatismo, hérnia, lombalgia).

As análises que envolveram o local de moradia, hereditariedade e hábito tabagista, não apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$) na comparação entre os dois grupos, ou seja, sobre as variáveis (Tabela 3) recém-citadas os dois grupos apresentaram características semelhantes neste estudo.

Discussão

Os grupos de idosos estudados eram heterogêneos em relação às suas características socioeconômicas demográficas, às atividades desenvolvidas e à sua situação de saúde. Em ambos os grupos, como mostra a Tabela 3, pode-se constatar que alguns de seus integrantes

tinham doenças de origem cardiorrespiratórias, tais como diabetes, HAS, obesidade, enfisema, pulmonar, asma.

Contudo, no GAP, predominou a maior ocorrência destas enfermidades, dado este que poderia indiretamente influenciar nos dados significativos encontrados, tais como na qualidade de vista dos participantes sob o ponto de vista do domínio físico, já que, no psicossocial, as atividades desenvolvidas promoviam a autoestima por meio da socialização intragrupo.

O grupo GAF, como já descrito, também apresentava doenças diagnosticadas, e seus integrantes participavam das atividades físicas, após serem liberados pelo médico por meio de atestados comprovados. Os exercícios eram supervisionados por um docente educador físico, visando a trabalhar os componentes da aptidão física voltada à saúde, entre eles: resistência cardiorrespiratória e muscular, força muscular, flexibilidade e composição corporal. Adicionalmente, também trabalham a saúde de acordo com o que é defendido pela OMS. Assim, as atividades foram ministradas de diferentes formas, priorizando determinados objetivos ao longo do período.

A divulgação sobre a melhora da qualidade de vida por meio da prática de atividades físicas é cada vez maior; entretanto, grande parte da população idosa ainda não participa regularmente dessas atividades.

A qualidade de vida é um conceito que inclui componentes com sentidos diferentes, que vão desde a satisfação pessoal, o bem-estar físico, social, emocional, assim como o bem-estar material, o qual intimamente, pode estar relacionado às condições socioeconômicas demográficas da população⁹.

Logo, com uma escolaridade maior há mais adesão à atividade física, mostrando que diferenças de nível escolar repercutem nas atitudes, concepções e escolhas de atividades físicas de interesse.

Em um estudo realizado com o objetivo de analisar os benefícios do exercício físico no envelhecimento, os autores consideraram como

Tabela 2: Distribuição absoluta e relativa para o sexo, escolaridade, profissão, moradia, presença de doenças, hereditariedade e tabagismo; e média, desvio-padrão amplitude para a idade, segundo o grupo

Características socioeconômicas e demográficas	Grupo				P
	Praticantes		Não praticantes		
	N	%	N	%	
Sexo					
Masculino	4	7,4	11	20,4	0,095€
Feminino	50	92,6	43	79,6	
Idade					
Média±DP (amplitude)	67,6±6,2 (60 – 85)		68,9±7,9 (60 – 86)		0,344¢
Escolaridade					
Analfabeto			7	13,0	
EFI	22	40,7	34	63,0	
EFC	5	9,3	7	13,0	<0,001§
EMI	3	5,6	1	1,9	
EMC	16	29,6	5	9,3	
ESI	1	1,9			
ESC	7	13,0			
Faixa de rendimento (R\$)					
Até 1 s.m. (R\$ 645,00)	9	16,7	19	35,2	
Mais de 1 a 3 s.m. (mais de R\$ 645,00 a R\$ 1.635,00)	23	42,6	28	51,9	0,006§
Mais de 3 a 6 s.m. (superior a R\$ 1.635,00 a R\$ 3.870,00)	17	31,5	6	11,1	
Mais de 6 s.m. (acima de R\$ 3.870,00)	5	9,3	1	1,9	
Local de moradia					
Aluguel	2	3,7			
Casa própria	51	94,4	49	90,7	0,114§
Com os parentes	1	1,9	5	9,3	
Profissão					
Aposentada	28	51,9	27	50,0	
Do lar, dona de casa	13	24,1	8	14,8	
Ligadas à área da saúde	3	5,6	1	1,9	0,039§
Outros	8	14,8	6	11,1	
Serviços gerais e manutenção	2	3,7	12	22,2	

€ = Qui-quadrado de Pearson com correção de continuidade; ¢= teste “t” de Student para grupos independentes; § = exato de Fisher por simulação de Monte Carlo.

exercícios aeróbios aqueles em que se utilizam grandes grupos musculares, efetuados de forma contínua por um período de tempo superior a três minutos e que utilizam predominantemente o sistema oxidativo de oferta de energia para a sua prática: caminhar, correr, pedalar, nadar, dentre outros¹⁰.

Atualmente, é nítida a participação de idosos no mercado de trabalho, muitas vezes,

possibilitada por sua disposição física e mental, fato este que tem transformado o perfil das políticas públicas e aumentado a necessidade de entender a mudança no cenário brasileiro sob o ponto de vista de mão de obra produtiva, trazendo desafios para o Estado, a sociedade e a família. A literatura é escassa sobre a participação de indivíduos na terceira idade no mercado de trabalho, como também, são raros os

Tabela 3: Distribuição absoluta e relativa para doenças, hereditariedade e tabagismo; e média, desvio-padrão amplitude para a idade, segundo o grupo

Características socioeconômicas e demográficas	Grupo				P
	Praticantes		Não praticantes		
	N	%	N	%	
Hereditariedade					
Sim	41	75,9	37	72,5	0,863€
Não	13	24,1	14	27,5	
Tabagismo					
Sim	6	11,1	4	7,8	0,812€
Não	48	88,9	47	92,2	
Doença					
Não	18	33,3	10	18,5	0,124€
Sim	36	66,7	44	81,5	
Quais doenças					
Asma, bronquite, enfisema, rinite	4	11,1	4	9,1	0,011€
Cardiopatia	2	5,6	9	20,5	
Dislipidemia	10	27,8	12	27,3	
DM	4	11,1	19	43,2	
Depressão	3	8,3	2	4,5	
HAS	18	50,0	36	81,8	
Obesidade	5	13,9	6	13,6	
Osteoporose/osteopenia	4	11,1	1	2,3	
Outras**	4	11,1	3	6,8	

€: Qui-quadrado de Pearson com correção de continuidade; ¢: teste "t" de Student para grupos independentes; ⌘: exato de Fisher por simulação de Monte Carlo. DM= diabetes melito; HAS= hipertensão arterial sistêmica. ** problemas na coluna, hipertireoidismo, artrite, reumatismo, hérnia, lombalgia.

estudos que focam o rendimento dos idosos em relação aos não idosos¹¹.

Em uma revisão de literatura, discute-se sobre a permanência da população na terceira idade no mercado de trabalho. Foi constatado que a maioria dos idosos continua trabalhando ou retoma as atividades após a aposentadoria, por diversos motivos, tais como necessidade de uma renda adicional, ocupação do tempo ocioso, gosto pela atividade laboral desenvolvida¹².

Em uma investigação, os autores¹³ esclarecem que a manutenção das potencialidades mentais dos indivíduos na terceira idade já se encontra comprovada, e, portanto, essas devem ser entendidas como as características que os tornam capazes de ainda fazer parte da, denominada força produtiva. Observou-se que, nas regiões Nordeste e Sul, um número significativo

de idosos aposentados (27,3%) continua trabalhando, dado que está acima da média nacional (24,5%). Assim, observa-se que os aposentados têm retornado ao trabalho, e sujeitos na terceira idade, que ainda não se aposentaram proporcionalmente (30,9%), chegam aos 60 anos economicamente ativos. Salienta-se que 5,9 milhões de idosos trabalhadores do Brasil ocupam hoje 4,5% dos postos de trabalho do País. Quanto ao tipo de atividade laboral desenvolvida, situação com ou sem vínculo empregatício, destaca-se que a maior parte dessa população é de autônomos (43,9%), enquanto que a de assalariados é de 31,4%, sendo 9,8%, deste percentual, empregados domésticos.

Analisando a associação entre o GAF e o GAP, quanto ao gênero, constando-se que as mulheres têm estilo de vida mais ativo que os

homens, provavelmente em virtude de suas atividades como “domésticas”¹⁴.

Em pesquisa realizada¹⁵ com o intuito de estudar os motivos de adesão e permanência de idosos na prática regular de exercícios físicos, realizados em espaços públicos, os autores apontaram que as mulheres são mais participativas nesses programas, pois expressam dar uma maior relevância às questões ambientais e estéticas, ao cuidado com o próprio corpo, à autoimagem. O sexo feminino incorpora normas de valores socioculturais, no que diz respeito a comportamento, papéis e atitudes, incorporando a expressão da socialização de gênero, como processo permanente e interrelacional¹⁴.

O *status* econômico e educacional relaciona-se diretamente com a prática de exercícios/atividades físicas, o que foi confirmado no atual estudo, pois a maioria dos não praticantes de atividades físicas regulares possuía o ensino fundamental incompleto, e ganhava mais de um salário mínimo¹⁶.

A relevância disso consiste no fato de que a prática de atividades físicas regulares requer uma escolaridade mínima, para uma adequada participação e entendimento das atividades propostas pelos professores/acadêmicos. Os dados deste estudo demonstraram que os idosos não praticantes optaram por atividades lúdicas, mais artesanais e de convivência, ao invés de exercícios físicos regulares. Apesar de as atividades desenvolvidas nesse grupo não exigirem desenvolvimento cognitivo de níveis escolares mais elevados e serem de fácil aprendizagem e execução, eram igualmente valorizadas pelos participantes. O grupo dos praticantes, que apresentou maior renda, parecia compreender mais a importância de sua participação no programa, como a assiduidade e influência no controle de suas enfermidades crônico-degenerativas. Assim, no estudo constatou-se que os idosos mais escolarizados tiveram maior adesão e valorizaram mais a prática de atividades físicas, pois a entendiam como método preventivo e não farmacológico contra a degeneração ou o aparecimento de doenças.

Na análise de cunho econômico, destaca-se que ter ganhos econômicos menores é quase um preditor de baixo nível de atividade física¹⁷.

Além disso, outras investigações evidenciaram que fatores socioeconômicos podem levar a um quadro de isolamento social de modo a comprometer notoriamente a saúde e a qualidade de vida da população idosa, sabendo-se que pessoas com nível de escolaridade superior têm mais acesso às informações sobre doenças^{12,18}.

Neste estudo, também se encontrou uma relação entre adesão à prática de atividade regular e renda. Parece que os grupos com baixa renda podem ter sua ociosidade reforçada, uma vez que possuem maior probabilidade de serem relativamente desinformados sobre os benefícios para a saúde advindos da atividade e, portanto, aderem menos a tratamentos em geral. Além disso, como consequência da vida atual, o idoso, muitas vezes, arca com os custos de manutenção de sua casa, alimentação e medicação, sendo o valor da aposentadoria sua única fonte de renda, bem inferior aos ganhos em seu período produtivo, soma-se a isso o fato de que alguns ainda têm ao seu redor parentes que necessitam de sua ajuda no sustento. Todavia, o evento da aposentadoria proporciona maior tempo livre, influenciando diretamente em maior participação em programas de atividade física¹⁵.

Observa-se que as mulheres se mostram mais exercitadas e participantes de grupos de convivência física e social, fator este que contribui com o aumento de expectativa de vida feminina. Essa maior longevidade relaciona-se intimamente com condições de vida mínimas para sobrevivência. Em um estudo¹⁹ realizado sobre as condições de saúde entre idosos participantes e não participantes de grupos de convivência, residentes em Florianópolis, constatou-se que os idosos participantes, apresentaram menor nível de escolaridade e baixa renda, sendo a participação nos grupos de convivência uma opção de lazer financeiramente viável para os menos favorecidos. Em relação às condições de saúde e participação em grupos de convivência, os autores verificaram associações significativas,

no qual idosos participantes relataram ter mais doenças; porém, tiveram maior noção do seu estado de saúde²⁰.

Os dados encontrados na atual pesquisa estão de acordo com a literatura abordada, pois, no Grupo de Atividade Psicossociais, obteve-se um maior número de idosos portadores de doenças, e também apresentavam baixa renda, comparando-se com os grupos de idosos praticantes. Em relação aos portadores de enfermidades mais exercitados, atribuiu-se a adesão ao programa como alternativa de tratamento não farmacológico e com resultados mais positivos.

Conforme suas diretrizes para aplicação, sugere-se que os questionários Whoqol-Old e Whoqol-Breff tenham dois momentos, para fins de melhor comparação dos respectivos domínios estudados, e estabelecimento quanto à maior ou menor pontuação em qualidade de vida dos pesquisados. Salienta-se que, neste estudo, esses instrumentos foram aplicados em uma única intervenção em razão das dificuldades de acesso aos dois grupos. Os resultados aqui descritos não determinam a melhor/menor ou pior/menor QV propriamente dita, mas esclarecem quais os domínios do Whoqol-Old e Whoqol-Breff mais evidentes nesta amostra.

Esta pesquisa confirmou que sujeitos na terceira idade ativos fisicamente apresentam melhor qualidade de vida em relação aos praticantes de atividades psicossociais. Observou-se que frequentar grupos de exercícios/atividades físicas semanalmente faz com que os idosos sejam mais ágeis, dispostos para realização de suas atividades diárias, primando sua independência funcional. Os resultados do Whoqol-Old demonstraram que os mais exercitados fisicamente são autônomos, assumem seu papel social determinando mais suas escolhas, vontades, preocupando-se não apenas com “o viver o presente”, mas com vistas ao futuro. Estes participantes aprendiam mais facilmente os exercícios propostos e relatavam excelentes mudanças tanto pessoal como familiar, após ingressaram no grupo, e não enfatizavam a morte, como observado nos integrantes de outras investigações^{12,18}.

Nos praticantes de atividades psicossociais, por sua vez, a partir dos dados do Woqol-Breff, comprovou-se que, apesar de não estarem fisicamente ativos, ao participarem do Grupo do CEUVF, mostravam melhor qualidade de vida pela pontuação encontrada no domínio de relações sociais. Isso, porque, para esse grupo, o contato interpessoal e a participação em atividades de cunho psicossocial pareciam ser suficientes para sentirem-se valorizados e satisfeitos. Também não se preocupavam com a morte e, quanto à função sensorial, apresentavam algumas restrições. Estes achados podem ser explicados, considerando-se que segundo Benedetti et al.¹⁹ (p. 2089): “A estratégia do atendimento por meio de centros de convivência, consistem em atividades que visam o fortalecimento de atividades associativas, produtivas e de promoção da sociabilidade, contribuindo para a autonomia e a prevenção do isolamento social nas pessoas idosas. A participação dos idosos em grupos de convivência pode afastar a solidão e propiciar amizades; aumento da autoestima e melhorar a integração com familiares, resgatando valores pessoais e sociais; bem como o suporte social que é um fator importante para eles. Além dessas características, a participação em grupos de convivência pode favorecer a adoção de um estilo de vida mais ativo, pois nestes são realizadas atividades de lazer, culturais, intelectuais, físicas, manuais, artísticas e de convívio grupal”.

Os resultados encontrados nos grupos apontam que os idosos do GAF e do GAP apresentaram pontuação elevada quanto à qualidade de vida. Essa situação explica-se pelo fato, de que o exercício físico proporciona satisfação pessoal, sobrepõe às preocupações pessoais, tais como as doenças, e limitações físicas⁵.

Os critérios para conceituar qualidade de vida em idosos são muito subjetivos, pois cada qual tem suas histórias e narrativas de vida, em um universo multicultural de significados, por esse motivo é difícil traçar o perfil de idosos praticantes de exercícios/atividades físicas e identificar como eles reconhecem sua própria qualidade de vida^{20,21}. Um estudo demonstrou que

a prática de exercícios físicos, mesmo em baixa, média ou alta intensidade, refletiu positivamente na autopercepção da saúde e na qualidade de vida dos praticantes²².

Na literatura, a idade é um fator de risco pré-determinante para escores de qualidade de vida; porém, neste estudo, não se considerou esta variável, pois trabalhou-se com uma amostra de idosos com faixa etária semelhante.

Uma menor qualidade de vida relaciona-se com idades mais avançadas, principalmente em razão da presença de doenças incapacitantes e crônicas, as quais determinam déficits e limitações físicas e funcionais cada vez maiores^{8,19}.

Nesta investigação, não se associou renda mensal e escolaridade com qualidade de vida, pois estas variáveis influenciam o estado de qualidade de vida dos idosos, segundo a literatura consultada. Optou-se por analisar separadamente os escores de qualidade de vida propostos pelo Whoqol-Breff e Woqol-Old, objetivando comparar os dois grupos.

Os resultados corroboraram a literatura da área²³ – a qual relaciona menores níveis de escolaridade com percepções de qualidade de vida baixa, ou considerada ruim, segundo perspectivas dos pesquisados –, uma vez que os idosos não praticantes não tiveram acesso à educação superior e ganhavam no máximo até três salários mínimos.

Avaliar os indicadores de qualidade de vida é de suma importância, pois informa sobre a eficácia, a eficiência e o impacto de determinadas enfermidades crônico-degenerativas, bem como limitações funcionais impostas pela idade, permitindo controle e comparação desses problemas. No momento em que se realizam intervenções, nesse caso, por exemplo, com a prática de atividades físicas regulares, permite-se aumentar a tomada mais efetiva de cognição, aspectos psicoafetivos e de repercussão social, ganhos em consciência e de saúde, mantendo uma boa longevidade e reduzindo custos com medicações²⁴.

Logo, qualidade de vida no processo de envelhecimento relaciona-se com diferentes

domínios, não sendo possível avaliar somente sob o ponto de vista de pesquisadores da área de saúde. As últimas pesquisas relacionadas às associações positivas entre atividade física (AF) com a qualidade de vida (QV) e o processo de envelhecimento têm demonstrado que os exercícios físicos proporcionam melhoria em vários aspectos da QV, e a melhora desta, sob o ponto de vista de uma vida mais longa e saudável, permite uma relação elevada entre atividade física e satisfação com a vida, na qual os idosos praticantes de exercícios apresentam-se mais positivos em relação à sua saúde^{8,19}.

Assim, este estudo demonstrou que os integrantes dos grupos GAF da FEFID/PUCRS e GAP do CUVF, em suas atividades, apresentaram melhora da autoestima e da qualidade de vida.

A prática de atividades físicas melhora a percepção de variáveis associadas à qualidade de vida, tais como os aspectos sensoriais. Logo, quem pouco se exercita, conseqüentemente, apresentará possíveis déficits sensoriais, tais como maiores perdas de sentidos (audição, visão, paladar, olfato e tato), os quais, associados com o próprio processo de envelhecimento, afetam a qualidade de vida pessoal. Pesquisas mostraram que, quanto mais os idosos se exercitam, maiores foram suas médias nos domínios psicológicos e físicos em termos de repercussão na qualidade de vida, logo, apresentaram-se mais satisfeitos com sua própria qualidade de vida^{25,26}.

A qualidade de vida relaciona-se com aspectos socioeconômicos, um estudo realizado na Alemanha, utilizou a versão adaptada do Whoqol-Breff, objetivando analisar as diferenças de gênero na qualidade de vida em relação aos fatores sociais e biomédicos. Identificou-se que homens e mulheres, tanto em relação à idade como ao gênero, obtiveram resultados similares. O grupo estudado apresentou resultados positivos quanto ao domínio de relações sociais e psicológico, e nele o nível de escolaridade não influenciou os demais domínios²⁶.

Em pesquisas, percebeu-se que os idosos reconheceram que a prática de exercícios como elemento de uma Educação para a Saúde atinge

melhores resultados e é mais efetiva quando realizada com auxílio interdisciplinar^{26,27}.

Este estudo, por seu caráter qualitativo, apresenta uma visão multidimensional do objetivo proposto, logo, os resultados e a discussão foram apresentados de forma contextualizada e não de modo isolado.

Conclusão

Verificou-se que a maioria dos idosos enfatiza a preservação da capacidade funcional e da autonomia durante a realização de suas atividades físicas regulares, repercutindo positivamente em sua qualidade de vida. Contudo, observou-se que uma parte dos integrantes da amostra reconhece a relevância de exercitar-se e, mesmo assim, não demonstra interesse em realizá-la.

Além disso, identificou-se que as condições socioeconômicas e demográficas influenciaram diretamente na prática de exercícios físicos regulares e, desse modo, na qualidade de vida; porém, acredita-se que as atividades de cunho psicossocial, também, propiciam a melhora da qualidade de vida dos idosos. Partindo dos princípios estabelecidos pela OMS, a qualidade de vida é multidimensional e extrapola as fronteiras do conhecimento meramente físico sobre os idosos.

Acredita-se que os conhecimentos gerados neste estudo auxiliem os profissionais da área da Saúde a identificarem indivíduos com risco de doença, bem como a colaborarem na promoção da qualidade de vida dos idosos. Sugere-se a realização de mais investigações de cunho longitudinal sobre o tema com indivíduos na terceira idade.

Referências

1. Oliveira JGD, Stobaus CD, Moriguchi Y, Malezan WR, Filho Detoni A, Pacheco MN, Casellani L. Correlação socioeconômica e antropométrica em idosos praticantes e não praticantes de exercícios físicos. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2013;18(1):121-31.

2. Okoduwa SI, Umar IA, Ibrahim S, Bello F, Ndidi US. Socio-economic status of patients with type 2 diabetes and hypertension attending the Ahmadu Bello University Teaching Hospital, Zaria, North-West Nigeria. *Glob J Health Sci*. 2014;7(1):280-7.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.
4. Silva A, Prá KRD. Envelhecimento populacional no Brasil: o lugar das famílias na proteção aos idosos. *Argumentum*. 2014;6(1):99-115.
5. Withall J, Jago R, Fox KR. Why some do but most don't. Barriers and enablers to engaging low-income groups in physical activity programmes a mixed methods study. *BMC Public Health*, 11;2011:507.
6. Costa FF, Garcia LMT, Nahas MV. A educação física no Brasil em transição: perspectivas para a promoção da atividade física. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde*. 2012;17(1):14-21.
7. WHO – World Health Organization Obesity. Presenting and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, 1998.
8. Tavares RO, Lopes RGC. Atividade física no envelhecimento: uma contribuição para a qualidade de vida. *Rev Portal*. 2015;5(45):71-7.
9. Santos ALP, Simões AC. Educação física e qualidade de vida: reflexões e perspectivas. *Saúde Soc*. 2012;21(1):181-92.
10. Silva N, Brasil C, Furtado H, Costa J, Farinatti P. Exercício físico e envelhecimento: benefícios à saúde e características de programas desenvolvidos pelo LABSAU/IEFD/UERJ. *Revista HUPE*. 2014;13(2):75-85.
11. Moura CS, da Cunha MS. Fatores determinantes da participação e do rendimento do idoso e não-idoso no mercado de trabalho brasileiro [periódico na internet]. 2010 [acesso em: 2015 jun 22];18(2). Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EconRev/article/view/13001>
12. Vanzella Neto EA, Silva CC. A terceira idade e o mercado de trabalho. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2011;14(4):97-100.

13. Palma A, Ferreira DC, Bagrichevsky M, Resende HG. Dimensões epidemiológicas associativas entre indicadores socioeconômicos de vida e prática de exercícios físicos. *Rev Bras Ciênc Esporte*, Campinas. 2006;27(3):119-36.
14. Mazo GZ, Mota J, Gonçalves LHT, Matos MG. Nível de atividade física, condições de saúde e características sócio-demográficas de mulheres idosas brasileiras. *Rev Port Ciênc Desporto*, Portugal. 2005;5(2):202-12.
15. Kagawa-Singer M, Padilla GV, Ashing-Giwa K. Health-related quality of life and culture. *Seminars in Oncology Nursing*. 2010 Feb;26(1):59-67.
16. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2007;23(6):1329-38.
17. Ortiz MCA, Zanetti ML. Levantamento dos fatores de risco para Diabetes Mellitus Tipo 2 em uma instituição de ensino superior. *Rev Latinoam Enferm*. 2001;9(3):58-63.
18. Andreotti MC, Okuma SS. Perfil sócio-demográfico e de adesão inicial de idosos ingressantes em um programa de educação física. *Rev Paul Educ Fís*, São Paulo. 2003;17(2):142-53.
19. Benedetti TRB, Mazo GZ, Borges LJ. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17(8):2087-93.
20. Takano NAT, Cavalli SS, Ganaça MM, Caovilla HH, et al. Qualidade de vida de idosos com tontura. *JBM Otorrinolaringol*, São Paulo, (impr.). 2010 nov/dez;76(6).
21. Mondelli MFCG, Souza PJS. Quality of life in elderly adults before and after hearing aid fitting. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2012;78(3):49-56.
22. Cho KO. The positive effect of physical activity on health and health-related quality of life in elderly Korean people-evidence from the fifth Korea National Health and Nutrition Examination Survey. *J Lifestyle Med*. 2014;4(2):86-94.
23. Neri AL. Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. 2º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia – GERP. São Paulo: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 2001.
24. Cipriano AS, Souza RL, Jerônimo DP. A Influência do exercício físico resistido na qualidade de vida de idoso. *Revista Eletrônica Acervo Saúde/REAS*. 2011;2;70-84.
25. Torres GV, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH. Qualidade de vida e fatores associados [acesso em: 2013 mar 12]. Disponível em: <http://www.interscienceplace.org>
26. Interdonato G, Greguol M. Qualidade de vida percebida por indivíduos fisicamente ativos e sedentários. *Revista Brasileira Ciência e Movimento*. 2010;18(1):61-7.
27. Mosquera JJM, Stobäus CD. Educação para a Saúde. 2ª ed. Porto Alegre: DC Luzzatto; 1984.