

A ATIVIDADE FÍSICA COMO FATOR DE INFLUÊNCIA NA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS

Douglas Marconi Pereira Filho¹

Flávia Silva Ribeiro¹

Gilberto Reis Agostinho Silva²

Resumo – Com o crescente aumento da expectativa de vida, consequentemente tem aumentado a população de idosos, e com isso a preocupação com o nível de qualidade de vida. Com essa informação, o presente artigo promove uma discussão em torno do envelhecimento e a prevenção de doenças por meio da atividade física ou exercícios físicos regulamentados na influência da qualidade de vida, bem-estar e satisfação pessoal do idoso. Para isso, foi realizada uma pesquisa de campo com um grupo de 25 idosos praticantes e não praticantes de atividade física, sobre sua percepção subjetiva de qualidade de vida através de dois questionários: Questionário Internacional de Educação Física versão curta - IPAQ e Questionário Escala de Qualidade de Vida - SF-36. Através da análise dos resultados, houve algumas diferenças significativas quanto ao cálculo dos escores de qualidade de vida, principalmente nos domínios: capacidade funcional, limitação dos aspectos físicos e dor, no que se pode concluir a impotência e dependência que a inatividade traz ao idoso e a importância da atividade física nesses aspectos para sua boa qualidade de vida.

Palavras chaves: Envelhecimento. Atividade Física. Manutenção da saúde. Qualidade de vida.

Abstract – With the increasing increase in life expectancy, consequently, the population of the elderly has increased, and with it, the concern with the level of quality of life. With this information, the present article promotes a discussion about the aging and prevention of diseases through physical activity or regulated physical exercises in the influence of the quality of life, well-being and personal satisfaction of the elderly. For this, a field survey was carried out with a group of 25 elderly practitioners and non - practitioners of physical activity on their subjective perception of quality of life through two questionnaires: International Physical Education Questionnaire short version - IPAQ and Quality Scale Questionnaire Of Life - SF-36. Through the analysis of the results, there were some significant differences in the calculation of the quality of life scores, mainly in the domains: functional capacity, physical aspects limitation and pain, in which we can conclude the impotence and dependence that the inactivity brings to the elderly and The importance of physical activity in these aspects for their good quality of life.

¹Discentes do Curso de Educação Física pela Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO.

²Docente do Curso de Educação Física pela Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO. Mestre e Doutorando em Ciências da Saúde.

Key words: Aging. Physical Activity. Quality of life.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, caracterizado por alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas. Essas alterações e a presença de doenças próprias do envelhecimento natural podem levar o indivíduo a um estado de total dependência para realização das atividades básicas de vida diária, tendo como consequência diminuição significativa da qualidade de vida, conforme aponta GONÇALVES et al (2007).

A incapacidade de o indivíduo realizar atividades como pentear o cabelo, tomar banho, carregar uma sacola de compras ou de ambular livremente está diretamente relacionado às alterações que acometem os sistemas orgânicos e a funcionalidade motora durante o processo de envelhecimento, conforme apontam os autores PRADO et al (2013).

Torna-se então essencial propiciar ao idoso uma vida digna, independente e integrada socialmente, sendo de suma importância a tomada de consciência a respeito do valor da funcionalidade do idoso, porque esta perspectiva permite-lhe ter uma vida ativa e sem dependência e isso é um dos fatores que os idosos mais dão valor, no que concerne a qualidade de vida deles. Com isso, acentua o fato de nos últimos anos, dar-se cada vez mais relevância a dimensão qualitativa da atividade física, ou seja, podendo afetar positivamente a dimensão subjetiva da natureza humana, como o bem-estar e a qualidade de vida, como se comprova com a leitura de DÍAZ (2009).

A capacidade funcional tem atraído atenção gradual, pois essa falta de capacidade física acarreta o aumento de várias doenças crônicas e das dificuldades para manter a autonomia durante a velhice, o que tem grandes ligações com a qualidade de vida. Esse declínio pode tornar o idoso dependente de outras pessoas ou de algum tipo de assistência. Destaca-se a importância da atividade física como busca por um envelhecimento ativo. Nunca é tarde para começar a movimentar-se, seja através da dança, natação, caminhada, exercícios de alongamento e até mesmo uma pelada com os amigos. (FRANCHI e MONTENEGRO JUNIOR, 2005).

A realização de atividade física para os idosos além de combater os malefícios causados pelo sedentarismo, ainda é vista como um método prazeroso para manutenção da saúde, pois fortalece as relações sociais, traz autoconfiança e favorece a manutenção da autonomia. Destaca-se ainda a importância do acompanhamento por parte de um profissional habilitado para avaliar a condição de cada um e prescrever o exercício adequado, conforme aponta (SPIRDUSO, 2005).

A atividade física regular e orientada é reconhecida como fator geral na proteção da saúde, prevenção e controle de doenças de grande expressão na atualidade e consequentemente influenciam na qualidade de vida do idoso. A qualidade de vida é entendida, segundo Toscano e Oliveira (2007), como sendo o conjunto de hábitos de uma pessoa que afetam diretamente sua saúde e a autopercepção psicológica, social e física.

Assim sendo, a presente pesquisa tem como objetivo analisar o nível de qualidade de vida em idosos praticantes e não praticantes de atividade física, e apresentar as principais influências da atividade física na qualidade de vida nos dois grupos.

1. REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 O envelhecimento e as alterações biológicas

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. No Brasil, a porcentagem atual de idosos é de 12,5%, e até a metade do século deverá alcançar 30%. Em breve, seremos considerados uma nação envelhecida – conforme apontam dados da OMS (2015).

Essa classificação é dada aos países com mais de 14% da população constituída por idosos, como exemplo, França, Inglaterra e Canadá. Esse crescimento populacional dos idosos se dá ao aumento gradual da longevidade, em conjunto com as diminuições das taxas de natalidade e mortalidade, e o aumento da expectativa de vida relacionado à ciência e à medicina. Em 2035, a pirâmide populacional vai se inverter e a maior parte dos brasileiros vão ter entre 50 e 54 anos, conforme mostra na figura 1.

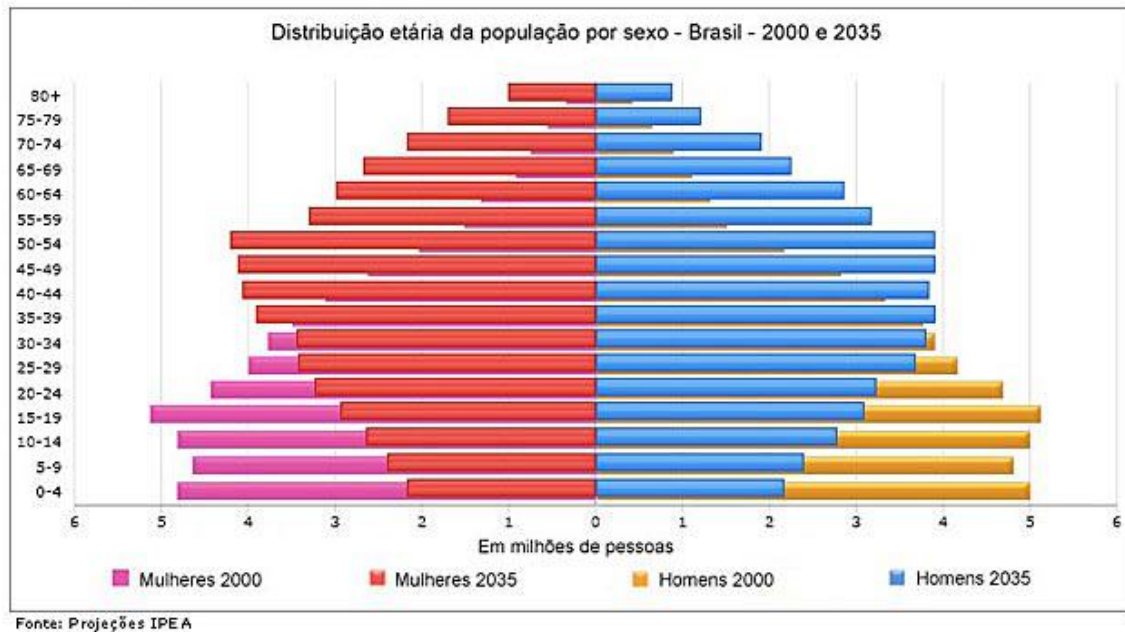


Figura 1: Distribuição etária da população por sexo no Brasil entre os anos 2000 e 2035.

Segundo Matsudo et al, (2000, p.22) “a medida que aumenta a idade cronológica, as pessoas se tornam menos ativas, suas capacidades físicas diminuem e, com as alterações psicológicas que acompanham a idade (sentimento de velhice, estresse, depressão), existe ainda diminuição maior na atividade física que, conseqüentemente, facilita a aparição de doenças crônicas que contribuem para deteriorar o processo de envelhecimento”. O envelhecimento humano ocasiona vários acontecimentos, dentre os quais o de maior relevância é as alterações morfofuncionais, relacionadas às modificações na composição corporal. As mais importantes alterações que afetam essa capacidade são no metabolismo e nas atividades diárias, em que há o acúmulo de gordura corporal, a diminuição da massa óssea e a diminuição da massa muscular, massa óssea e a sarcopenia.

A sarcopenia é a redução de massa e força muscular ocorrendo em consequência do envelhecimento. Cerca de um terço da massa muscular perde-se com a idade avançada, iniciando a partir dos 40 anos com declínio de 0,5% ao ano e aumentando cerca de 1% ao ano a partir dos 65 anos de idade (SILVA, 2016). Tem uma grande influência sobre o indicador de fragilidade ligada à redução do equilíbrio, perda de agilidade, quedas e fraturas. Com a perda de massa muscular há uma grande dificuldade da manutenção da estabilidade (equilíbrio estático e/ou dinâmico), o que pode originar quedas em geral, também contribuindo para o aumento do risco de doenças crônicas, como exemplo, diabetes e osteoporose.

Pelo ponto de vista biológico entendido no geral, por alterações anatômicas e modificações nos sistemas fisiológicos, alguns aspectos são tão perceptíveis que acabou por tornar uma característica da população idosa, como: o ressecamento da pele e formação de rugas, o branqueamento dos cabelos, a diminuição da temperatura corporal, alteração da postura, perda de apetite e outras. No sistema cardiovascular, a principal característica é a diminuição da capacidade do coração de aumentar o número e a força dos batimentos cardíacos, caso o idoso seja submetido a um esforço (ISAACS, 2000).

Um fator igualmente importante de mudança nesse sistema está relacionado à arteriosclerose, doença degenerativa da artéria, devido à destruição das fibras musculares lisas e das fibras elásticas que a constituem, levando a um endurecimento da parede arterial. Sendo a principal causa de ataques cardíacos, angina e acidentes vasculares cerebrais (PRADO et al., 2005).

Quanto ao sistema respiratório, as alterações fisiológicas que ocorrem no pulmão são: diminuição das vias aéreas, diminuição da elastina e aumento do colágeno tipo III, o que provoca a rigidez da parede e caixa torácica, estreitamento dos bronquíolos, diminuição da difusão de O₂ e diminuição das células mucociliares. Com essas alterações fisiológicas ocorre a diminuição da elasticidade pulmonar, redução da capacidade da difusão do oxigênio, redução dos fluxos respiratórios, elevação da complacência pulmonar, fecho das pequenas vias aéreas e fecho prematuro de vias aéreas (GORZONI E RUSSO, 2002).

Quanto à capacidade neural ou sistema cognitivo, destaca-se a dificuldade de assimilação de informações novas, diminuição de raciocínio e mais lentidão no sistema cognitivo (Park et al., 2001). Há uma diminuição no número e tamanho dos neurônios, na velocidade de condução nervosa, no fluxo sanguíneo cerebral, e aumento do tecido cognitivo nos neurônios, proporciona menor tempo de reação e velocidade de movimento (TRIBESS e JR, 2005). O que pode ser explicado por Porter et al (1995), que afirma que, com o processo de envelhecimento as fibras do tipo II (fibras de contração rápida) diminuem, enquanto que as fibras do tipo I (contração lenta) aumentam de tamanho, o que pode até explicar as quedas, já que as fibras do tipo II tem maior resposta e tempo de reação para contração em caso de desequilíbrio.

O idoso também tem uma diminuição na agilidade, na coordenação, no equilíbrio, na flexibilidade, na mobilidade articular e aumento na rigidez de cartilagem, tendões e ligamentos (TRIBESS e JR, 2005).

A inatividade física regular pode antecipar e agravar o declínio decorrente do envelhecimento, transformando-se em fator determinante para uma velhice complexa e prejudicando, assim, a qualidade de vida. Por consequência, o idoso sofre declínio em sua capacidade funcional, o que contribui para a redução da sua capacidade para realização das atividades da vida diária (MATSUDO et al, 2001). Atividades físicas realizadas em casa (limpar a casa, lavar o carro), no trabalho (subir escadas, caminhada como meio de transporte) e no lazer (dançar, praticar esportes, caminhar) podem garantir uma vida ativa ao idoso.

1.2 Os principais benefícios da atividade física nos idosos

Devido ao aumento significativo da população idosa em todo o mundo, surge a preocupação com a qualidade de vida dos idosos. Viver melhor, com mais saúde e autonomia é o que anseia a maioria das pessoas, mas para que isso aconteça, é necessário ser uma pessoa ativa. A prática de exercícios físicos e o convívio social inter e intrageracional trazem numerosos benefícios em todas as idades, especialmente na velhice, na qual ocorre uma redução das capacidades funcional e cognitiva, dos contatos sociais e da motivação para se realizar atividades novas.

Segundo o American College of Sports Medicine (2010, p.02), a atividade física é definida como “qualquer movimento corporal produzido pela contração dos músculos esqueléticos e que resulta em um aumento substancial em relação ao dispêndio de energia em repouso”. Portanto, pode-se dizer que os exercícios físicos, os esportes, deslocamentos, atividades laborais, as danças, atividades de lazer, afazeres domésticos e quaisquer que sejam a atividade pode ser considerada uma atividade física (NAHAS, 2001).

Exercício físico pode ser definido como um tipo de atividade física, porém sendo um movimento corporal planejado, estruturado e repetitivo, sempre com o objetivo de aprimorar ou preservar um ou mais componentes de aptidão física

(ACMS, 2000). O exercício físico deverá ser executado a partir de um programa no qual o objetivo principal é conseguir que as pessoas que o praticam alcancem seu equilíbrio ecológico e uma melhor qualidade de vida.

São inúmeros os benefícios que o exercício traz para o idoso. Os principais são: fortalecimento do coração e dos pulmões; proteção contra hipertensão; endurecimento das artérias; prevenção contra doenças cardíacas, osteoporose e diabetes; manutenção da velocidade; da força; da resistência e de funções básicas como circulação e respiração; fortalecimento da musculatura e das articulações causando uma redução na chance de quedas e ferimentos; melhora do desempenho cognitivo e diminuição da ansiedade, melhora do sono, manutenção do peso, aumento do apetite, controle da gordura corporal, diminuição nos níveis de LDL no plasma, diminuição dos níveis de triglicerídeos, inibição da agregação plaquetária, melhora do equilíbrio, flexibilidade, manutenção e na melhora da memória (MATSUDO et al., 2001).

São observados também benefícios psicossociais que sobrevivem da atividade física: alívio da depressão diminui a ansiedade, aumento de autoconfiança, melhora da autoestima, permite a ressocialização, maior independência, melhora a qualidade de vida, reduz o risco de doenças mentais e o risco de demência senil vascular. Confirma-se também com estudos da Unesp, divulgados pela Folha de São Paulo (2010), que os sedentários consomem mais de 34% de remédios a mais do que idosos que praticam atividade física, pois o idoso que frequenta grupos de atividade física interage com outras pessoas com condições e características semelhantes, sentindo-se melhor aceito pela sociedade; além das melhorias físicas citadas acima.

Os exercícios físicos mais indicados para os idosos iniciantes na atividade física são, aqueles que apresentam menores chances de queda, mas que trabalhem o equilíbrio e que melhore o fortalecimento de membros inferiores. E é importante lembrar: indivíduos que foram sedentários durante a vida e começam a praticar atividades físicas somente no envelhecimento devem ter cautela e principalmente procurarem um profissional para o acompanhamento durante as atividades (ISAACS, 2000).

As atividades mais recomendadas para o idoso, seja sedentário ou ativo são: alongamento, hidroginástica, natação, caminhadas, pedal, dança, pilates e musculação. Antes de iniciar qualquer tipo de atividade física, os idosos devem ter

cautela, caso contrário poderá até agravar o quadro em que se encontravam. Deste modo, é necessário que primeiramente o idoso passe por uma avaliação médica acompanhada por exames e anamnese, para posteriormente escolher atividades de acordo com sua individualidade e possibilidades, ressaltando que sempre se deve ter a orientação de um profissional da área de educação física para a definição de um programa de exercícios individualizados (TRIBESS e JR, 2005).

1.3 Como os exercícios físicos ajudam na prevenção de quedas

Com a delicadeza que se encontra a saúde do idoso, a perda da função causada pelo processo de envelhecimento, é uma das causas que mais torna o idoso dependente, pois as atividades do dia-a-dia passam a sofrer danos pelo envelhecimento dos sistemas fisiológicos e anatômicos. Com isso, o idoso poderá ter dificuldades na realização de tarefas rotineiras, e também há falta de capacidade para corrigir o deslocamento do corpo em movimento, que pode resultar em queda.

Segundo o Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice (2007, p.9), quedas são definidas, comumente, como “vir a inadvertidamente ficar no solo ou em outro nível inferior, excluindo mudanças de posição intencionais para se apoiar em moveis, paredes e outros objetos”. Que pode ser definida também como: “falta de capacidade de corrigir o deslocamento do corpo, durante seu movimento no espaço”. (Isaacs, 1992 Apud Pickles e col, 2000, p.197). Esse estudo realizado em comunidades americanas mostra o quanto é grave o problema de quedas de idosos no mundo, nesse estudo mostrou que 30% das pessoas com mais de 65 anos caem pelo menos uma vez por ano, sendo 40% delas tem idade superior a 80 anos. Além de ser um processo eminente na saúde do idoso, as quedas têm um custo social e econômico muito alto.

Além do risco de fratura, do enfraquecimento provocado na saúde e do alto custo social e econômico, as quedas atuam na limitação das atividades pelo idoso.

Ao cair executando certa atividade em casa ou fora dela o idoso não terá a mesma confiança em voltar a realizar a tarefa, ampliando sua dependência e se ficando cada vez mais inativo.

Um estilo de vida sedentário pode originar um aumento de risco de quedas. Segundo Geis (2003), um nível muito baixo de atividade física acelera o ritmo do envelhecimento, pois algumas modificações fisiológicas observadas no idoso podem ser em partes atribuídas ao estilo de vida sedentário. O desenvolvimento da

agilidade e do equilíbrio, com a ajuda dos exercícios físicos com tal finalidade, e através da prática regular de exercícios físicos, é uma das principais formas para evitar as quedas ou, pelo menos, reduzir a incidência delas.

Um dos principais benefícios da atividade física é a redução nos riscos de quedas, pois com o exercício há o fortalecimento da musculatura e o aumento do equilíbrio. A musculação é capaz de melhorar a mobilidade e a qualidade de vida dos idosos, mesmo no caso daqueles que sofrem de doenças crônicas.

A atividade física é, sem dúvida, a melhor intervenção, pois faz diminuir a perda de massa muscular, podendo ocasionar num ganho de massa magra, reduz o sobrepeso, que pode ser considerado outra causa de quedas, evita o desequilíbrio e promove ganho de massa óssea, fortificando os ossos e reduzindo o risco de fraturas.

Além da redução da ocorrência de quedas, o treinamento físico também diminui o medo de cair que leva as pessoas com mais de 60 anos a limitar suas atividades, tornando-se cada vez mais dependente. Levantar da cama, subir escada, se vestir, tomar banho e abaixar passa a se tornar tarefas fáceis outra vez. Melhora a flexibilidade, resistência e fortalecimento muscular, o que ajudará na melhora do equilíbrio, já que a questão das quedas é um fator de risco (ISAACS, 2000).

Exercícios que proporcionam o equilíbrio são efetivos na diminuição do risco de queda, assim como na diminuição do número de quedas e sequelas consequentes das mesmas, se acompanhados por profissionais qualificados. Para obtenção de maiores benefícios é aconselhável fazer exercícios específicos para equilíbrio, força muscular e resistência. Como o envelhecimento é acompanhado pela decadência das capacidades funcionais, os conhecimentos atuais reforçam a ideia de que é possível manter a autonomia e qualidade de vida dos idosos, expondo o exercício físico como uma das armas mais eficientes para ganhar essa batalha (NAHAS, 2001).

1.4 Qualidade de vida

Como o envelhecimento é acompanhado pela decadência das capacidades funcionais, os conhecimentos atuais reforçam a ideia de que é possível manter a autonomia e qualidade de vida dos idosos, expondo o exercício físico como uma das armas mais eficientes para ganhar essa batalha.

De fato, acredita-se que o exercício físico acarreta benefícios gigantescos para a saúde dos idosos de uma forma global. A manutenção de um estilo de vida ativo através da realização regular de exercício físico contribui, assim, para um envelhecimento mais saudável, que se caracteriza entre outros aspectos por níveis de aptidão que se relacionam também, com menor risco de morbidade e mortalidades relacionadas com quedas (MAZZEO et al., 1998).

Mas de fato, o que é qualidade de vida?

O conceito de qualidade de vida é complexo e multidimensional, então muda de autor para autor. Mas o que melhor define certamente é a forte relação com o bem-estar, a autoestima e a satisfação pessoal do indivíduo, onde abrange diversos aspectos de sua vida como, a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais e éticos, e o estilo de vida. (VECCHIA et al., 2005).

Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde), em 1990 foi definida qualidade de vida como sendo a percepção subjetiva do indivíduo de si quanto a vários fatores como, sua posição social, seu contexto sociocultural, o ambiente em que vive e suas expectativas e preocupações quanto a suas metas, não sendo considerada apenas a ausência de doenças como fator relevante de uma boa qualidade de vida. (Pinzon et al., 1999 Apud Queiroz et al., 2003). Ou seja, a qualidade de vida está diretamente associada a área, psicológica, social e física do indivíduo. Sendo que esta última é o objetivo do presente estudo, que é a associação da atividade física com a qualidade de vida.

Segundo Safons et al (2008), a atividade física demonstra uma grande melhora na qualidade de vida do idoso, ela contribui diretamente na redução de déficits motores e sensoriais, além de minimizar os efeitos dos medicamentos originados ao decorrer dos anos, os efeitos do envelhecimento está associado ao desuso das funções fisiológicas, má mobilidade e falta de adaptação. Para uma boa manutenção do corpo é preciso levar em consideração a força muscular, potência aeróbica e equilíbrio.

Treinos frequentes de fortalecimento, resistência e flexibilidade — musculação e alongamento, por exemplo — funcionam como um amortecedor, prevenindo fraturas e outros machucados graves. As atividades melhoram o equilíbrio e a força. As quedas podem ser reduzidas com a prática de exercícios

físicos, ela tem sido comprovada como responsável por uma melhora na saúde global dos idosos, tendo em vista como uma atividade de grande prevenção para as quedas, dando mais autoconfiança e seguranças nas atividades de vida diária do idoso (MATSUDO, 2000). Essa autoconfiança está diretamente ligada a sensação de bem-estar do idoso, fazendo com que ele seja e se sinta mais independente, levando a satisfação pessoa e melhora da autoestima.

Para execução de exercícios que promovam o aumento da força muscular, podem ser usadas diversas técnicas, mudando a frequência, número de exercícios, séries, repetições, equipamentos e intensidades. Além da prevenção de inúmeras patologias como a osteoporose e a obesidade, uma melhora na musculatura e sua manutenção, preservam as integridades fisiológicas do corpo humano que é responsável pela postura e sustentabilidade do peso corporal às adaptações impostas pelos distintos tipos de ambientes e irregularidades predispostos. É difícil delimitar um padrão para realização das atividades, cada caso apresenta sua necessidade, a única orientação é cautela e utilização de uma intensidade leve ou moderada. (POWERS E HOWELY, 2000).

2 Metodologia

2.1 Tipo de pesquisa

O presente estudo foi realizado em através de uma pesquisa de campo, que caracteriza-se por coletas de dados em uma realidade ou ambiente do objeto de estudo, nesse caso os idosos, e em seguida, através da análise dos dados fundamentar a parte teórica do problema pesquisado. (MINAYO, 1996).

2.2 Amostragem

A amostra foi de 25 idosos escolhidos aleatoriamente em duas academias, parques e ruas da cidade de Goiânia. A amostragem foi dividida em dois grupos, o primeiro de praticantes de atividade física (PAF) que foram 11 participantes, e o segundo de não praticantes (NP) que foram 10 participantes.

O perfil socioeconômico dos participantes são de uma população entre classe média baixa e classe média alta, onde provavelmente os resultados reflitam as condições de investigação.

2.3 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão para a escolha desses indivíduos foram: estar dentro do padrão do grupo estudado, que são idosos, ter a partir de 50 anos, aceitar espontaneamente responder os questionários SF-36 (Medical Outcomes Study 36), o IPAQ e o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

O critério de exclusão foi à incapacidade de responder ao questionário.

2.4 Instrumentos

Os instrumentos utilizados para a pesquisa foram: o questionário internacional de qualidade de vida (SF – 36) e o questionário escala de qualidade de vida (IPAQ).

2.4.1 IPAQ

Para determinar o nível de atividade física, foi aplicado primeiramente o questionário IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) versão curta e traduzida para o português, criado pela organização mundial da saúde (OMS) para medir e determinar o grau e nível da prática de atividade física de uma população. (MATSUDO et al., 2001).

A análise é feita de através das respostas, e a classificação geral do nível de atividade física feita de acordo com a tabela criada pelo CALAFICS (Centro Coordenador do IPAQ no Brasil) que considera: muito ativos indivíduos que realizem atividades vigorosas pelo menos 3 vezes por semana e no mínimo 30 minutos por sessão + atividades moderadas, ativos aqueles que praticam atividades vigorosas 3 vezes por semana e no mínimo 20 minutos por sessão, e sedentários aqueles que não praticaram nenhum tipo de atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos em nenhum dia da semana.

2.4.2 SF-36

O SF-36 (Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey) é um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, de fácil administração e compreensão, porém não tão extenso como os anteriores. É um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou componentes:

capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. (SAVIANI, 1999).

A análise de dados foi feita da seguinte forma:

Primeiro foi feito o cálculo dos escores do questionário de qualidade de vida (SF-36), após os cálculos individuais, foi feita a fase 2 do cálculo de Raw Scale, que são valores que não possuem nenhuma unidade de medida. Esse cálculo é feito na seguinte fórmula:

- Domínio=
$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Esse cálculo foi feito com cada um dos 8 domínios, onde o resultado se dá ao limite de escore entre 0 e 100, onde 0 é o pior resultado e 100 o melhor. (NEW ENGLAND MEDICAL CENTER HOSPITALS, 1992).

3 Resultados e discussão

Com as respostas dos 25 idosos que participaram da entrevista sobre atividade física e qualidade de vida através da aplicação dos questionários IPAQ e SF-36 respectivamente, foram classificados dessa forma: sedentários com 11 pessoas classificadas e muito ativos e ativos com 14 classificados como mostra no gráfico 01.

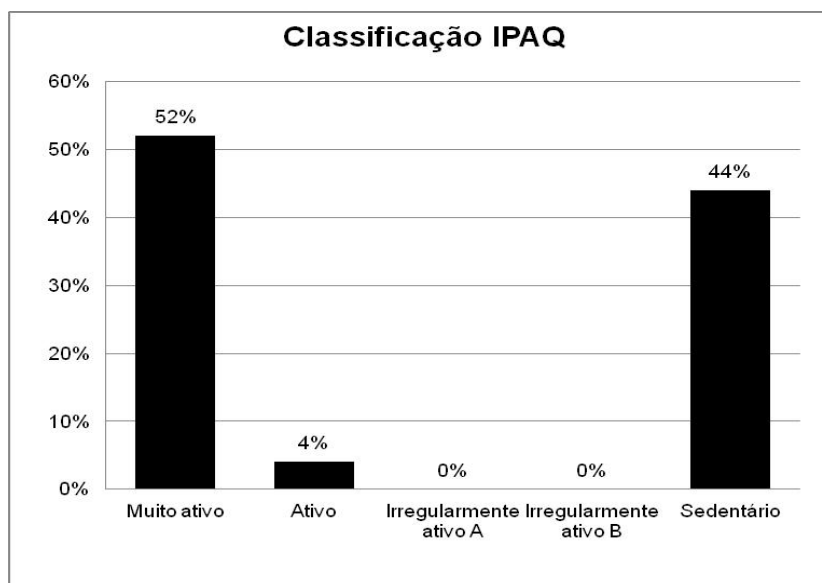


Gráfico 1: Classificação geral do nível de atividade física.

Como se pode observar 56% do total de entrevistados é considerado muito ativo e ativo, enquanto que 44% dos classificados são considerados sedentários.

Isso se dá ao fato dos idosos estarem buscando maior qualidade de vida através da atividade física, buscando manter sua rotina diária, e principalmente cuidando muitas vezes de seus afazeres domésticos diários, o que provoca uma maior independência nesse grupo, como aponta o estudo realizado por Marcon et al., (2012), onde ao analisar a qualidade de vida entre idosos ativos e não ativos, a porcentagem maior foram de idosos ativos, com melhores resultados que o grupo de inativos.

Após a classificação do nível de atividade física, foi feita a análise dos resultados de cada um dos oito domínios do questionário de qualidade de vida SF-36.

Obtivemos os resultados dos dois grupos, que foram organizados em tabelas comparativas, onde a média dos escores de 0 a 50 é o pior resultado e 51 à 100 é o melhor resultado, que serão apresentadas a seguir.

Tabela 1: análise de dados do domínio Capacidade funcional

Domínio	Sedentário		Ativo	
Capacidade funcional	Nº de pessoas	%	Nº de pessoas	%
0-50	3	27,3%	0	0,0%
51-100	8	72,7%	14	100,0%
Total geral	11	100,0%	14	100,0%

Como se pode observar na tabela 1, houve uma grande diferença no domínio capacidade física, que são as limitações que surgem durante a atividade física e atividades diárias provocadas pela falta de saúde. 3 idosos que correspondem a 27,3% do grupo de sedentários ficaram abaixo do escores de 50, onde tiveram um rol mínimo de 20 o que classifica como uma qualidade de vida bem próxima de ruim, enquanto que 100% do grupo de ativos tiveram o nível acima do escore de 51, onde tiveram um rol mínimo de 60, tendo uma boa ou excelente qualidade de vida.

Esses dados são divergentes do estudo feito por Neto e Caporicci (2011), onde no estudo feito com 24 idosos, os escores não tiveram diferenças significativas. Isso pode acontecer devido ao fato da amostra escolhida, onde em sua pesquisa foi escolhido idosos que participam do programa “anos dourados” da Pastoral do Idoso

– PB, enquanto que a amostra da presente pesquisa foi de idosos escolhidos aleatoriamente em academias, ruas e parques.

Tabela 2: análise de dados do domínio Limitação dos aspectos físicos do questionário

Domínio	Sedentário		Ativo	
Limitação dos aspectos físicos	Nº de pessoas	%	Nº de pessoas	%
0-50	7	63,6%	1	7,1%
51-100	4	36,4%	13	92,9%
Total geral	11	100,0%	14	100,0%

No domínio de limitação dos aspectos físicos, que também está relacionado com a capacidade funcional podemos notar outra grande diferença onde, no grupo de sedentários apenas 36,4% do grupo classificou o nível de limitação dos aspectos físicos acima de 51, onde tiveram um rol mínimo de 0, enquanto que no grupo de ativos 92,9% ficou acima de 51, classificando o nível de qualidade de vida como bom ou excelente, onde tiveram um rol mínimo de 50.

Esse resultado, principalmente no grupo de sedentários, se deve ao fato das consequências do processo morfológico do envelhecimento, onde em muitos desses casos, como na capacidade funcional o idoso perde um pouco ou totalmente a dependência necessitando de ajuda. (GONÇALVES et al., 2007).

Tabela 3: análise de dados do domínio Dor

Domínio	Sedentário		Ativo	
Dor	Nº de pessoas	%	Nº de pessoas	%
0 – 50	7	63,6%	0	0,0%
51 – 100	4	36,4%	14	100,0%
Total geral	11	100,0%	14	100,0%

Na tabela 3, que analisa o domínio dor é onde aparecem as maiores diferenças entre os dois grupos, sendo que no grupo de sedentários 63,6% dos entrevistados classificaram o nível dor pior, com um rol mínimo de 0, enquanto que os ativos 100% classificaram o nível de dor como mais próximo ao bom ou excelente, com rol mínimo de 52.

O grupo de sedentários relatava constante dor principalmente moderada, mas uma relatou dores graves, enquanto que no grupo de ativos alguns entrevistados relataram dores leves, mas que não interferiam em seu cotidiano.

Resultados parecidos também aparecem em um estudo realizado por Rolim, et al (2013) na cidade de Brejão Santo – CE com um grupo de idosos participando de um projeto (Idosos em movimento), que praticavam atividades físicas duas vezes por semana. Os resultados foram baseados em um estudo usando os mesmos instrumentos de pesquisa e em relação ao domínio da percepção de dor em um grupo de ativos os resultados foram os mais significativos, onde relatavam importância da ausência de constantes dores, que muitas vezes atrapalhavam seus afazeres diários, e assim confirmando a importância da atividade física nos benefícios para a saúde do idoso.

Tabela 4: análise de dados do domínio Estado geral de saúde

Domínio	Sedentário		Ativo	
	Nº de pessoas	%	Nº de pessoas	%
Estado geral de saúde				
0 – 50	2	18,0%	0	0,0%
51 – 100	9	82,0%	14	100,0%
Total geral	11	100,0%	14	100,0%

Os resultados apresentados na tabela 4 se referem ao domínio estado geral de saúde, que é a percepção geral da qualidade de vida quanto a saúde, ao bom funcionamento do corpo e sua interferência durante a rotina diária. Como se pode ver há uma diferença significativa entre os dois grupos onde, nos sedentários 18% relataram problemas no estado geral de saúde com escore de um rol mínimo de 15, enquanto que 100% do grupo de ativos relataram a saúde geral acima da média estando em um resultado próximo a bom ou excelente, com um rol mínimo de 52.

Essa discrepância também se pode encontrar no estudo feito por Toscano e Oliveira (2009), com um grupo de idosos escolhidos aleatoriamente, utilizando os mesmos instrumentos de pesquisa com os entrevistados. Os idosos ativos representam uma média de escore de 61,9, enquanto que os menos ativos possuem média de 20,1.

Ainda segundo Toscano e Oliveira (2009), provavelmente se dão ao fato de a grande maioria dos idosos passarem boa parte do tempo em atividades de lazer sentados, como jogos, costura, receber visitas, sendo que esse tipo de atividade não possui grande gasto energético e consequentemente com a postura sentada por muito tempo não traz benefício algum para a saúde.

Tabela 5: análise de dados do domínio Vitalidade

Domínio	Sedentário		Ativo	
Vitalidade	Nº de pessoas	%	Nº de pessoas	%
0 – 50	4	36,4%	0	0,0%
51 – 100	7	63,6%	14	100,0%
Total geral	11	100,0%	11	100,0%

Na tabela 5 estão descritos os resultados quanto ao domínio vitalidade. Observe que há uma diferença grande, principalmente ao que se refere ao percentual de escore onde, no grupo de sedentários 36,4% dos entrevistados estão abaixo do nível 50 de escore estando mais próximo ao pior resultado com um rol mínimo de 15, enquanto que o grupo de ativos está 100% acima de 50 com bons resultados e rol mínimo de 65.

Como analisado no estudo de Toscano e Oliveira (2013), a vitalidade possui uma diferença significativa no grupo de ativos e inativos, e segundo ele, isso se deve ao fato da eficácia da prática de atividade física influenciada no aspecto do vigor, da vitalidade e da diminuição de percepção de dores.

Tabela 6: análise de dados do domínio Aspectos sociais

Domínio	Sedentário		Ativo	
Aspectos sociais	Nº de pessoas	%	Nº de pessoas	%
0 – 50	2	18,0%	1	7,1%
51 – 100	9	82,0%	13	92,9%
Total geral	11	100,0%	14	100,0%

Ao analisar o domínio de aspectos sociais, como representado na tabela 6, observe que não há diferenças muito significativas, onde mais de 80% dos entrevistados dos dois grupos estão com escore acima de 50.

Segundo Toscano e Oliveira (2009), em sua pesquisa realizada com 587 mulheres idosas, no domínio de aspectos sociais e emocionais também não teve diferença significativa entre os grupos de ativos e inativos, e segundo o autor, isso se deve a influência dos vários grupos sociais e associações em que muitos desses grupos de idosos participam das amizades feitas e clubes de idosos, entre outros lugares semelhantes, onde proporciona um melhor relacionamento social entre eles. Com isso (Farquhar, 1995 Apud Toscano, 2009), em seu estudo destaca no domínio “aspectos sociais” a importância dos contatos sociais entre os idosos que

proporcionam uma melhor qualidade de vida para o idoso, e com isso, um aumento no nível do escore do aspecto social por ser característico da idade, justamente pela carência natural que surge com o avançar da idade e a necessidade de se relacionar.

Tabela 7: análise de dados do domínio Limitação por aspectos emocionais

Domínio	Sedentário		Ativo	
Limitação por aspectos emocionais	Nº de pessoas	%	Nº de pessoas	%
0 – 50	1	9,1%	1	7,1%
51 – 100	10	90,9%	13	92,9%
Total geral	11	100,0%	14	100,0%

Como mostra a tabela 7, os resultados dos aspectos emocionais se assemelham aos do domínio aspectos sociais descritos na tabela 6, porém com uma diferença insignificante entre os dois grupos.

Como relatado por Toscano e Oliveira (2009), os idosos possuem a necessidade de se relacionarem, e o relacionamento com amigos e inclusive a família é extremamente importante para a saúde emocional e psicossocial do idoso. Com a relação e aproximação da família e amigos, diminui o risco de doenças graves, principalmente doenças mentais que algumas estão diretamente relacionadas com o estado emocional.

Tabela 8: análise de dados do domínio Saúde mental

Domínio	Sedentário		Ativo	
Saúde mental	Nº de pessoas	%	Nº de pessoas	%
0 – 50	2	18,0%	1	7,1%
51 – 100	9	82,0%	13	92,9%
Total geral	11	100,0%	14	100,0%

No domínio de saúde mental na tabela 8, pode-se analisar que não possui diferenças muito significativas, justamente pelos mesmos motivos dos aspectos sociais (tabela 6) e limitação por aspectos emocionais (tabela 7). Os dois grupos tiveram um bom resultado estando mais de 80% acima da média de escore de 50 bem próximos a classificação de bom ou excelente.

Toscano e Oliveira (2009) deixa bem claro a importância da atividade física no aspecto de saúde mental, e justifica o relacionamento social colaborando grandemente com a melhoria da atividade mental.

Mas vale lembrar a importância da atividade física como prevenção de várias doenças, principalmente a demência e mal de Alzheimer. (Bernabei, R. 2004 Apud Toscano 2009).

Com os resultados apresentados, nota-se a importância da atividade física como influência na qualidade de vida do idoso, principalmente em grupos de idosos com poder aquisitivo menor, justificado que, com a inatividade física, ocorre o aumento do declínio funcional e o aumento com gastos de medicamentos e tratamentos de saúde, que como falado anteriormente podem ser evitados ou retardados com a prática de atividades físicas regulares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de envelhecimento é influenciado por inúmeros fatores como a genética, patologia e o sedentarismo, pois esses fatores estão intimamente ligados com a qualidade de vida, sendo que o sedentarismo é o que mais implica na baixa qualidade de vida do idoso. Com isso, para que o idoso tenha uma vida saudável, seja autônomo nas suas atividades diárias, é de suma importância à realização de atividade física constante, pois esta retarda as modificações fisiológicas do envelhecimento e, quando associado a outros cuidados, contribui para prevenção de determinadas doenças.

Com essas alterações estruturais, funcionais e progressivas do organismo diminuem a autonomia do idoso e agravam a qualidade de vida.

A atividade física, ao contrario do sedentarismo, aparece como um elemento apto a proporcionar ao idoso as condições de vida ideais para sua total autonomia funcional e um envelhecimento com qualidade. Conclui que uma série de benefícios interligados entre si, proveniente da prática regular de atividade física colabora no sentido de promover a autonomia funcional do idoso e uma grande independência para as atividades do dia-a-dia, que além da socialização própria da vida em grupo, da recuperação da autoestima, do fortalecimento muscular, da estabilidade postural, do equilíbrio, da flexibilidade, do aumento da força, oferece a conquista de uma vida mais saudável, podendo ser verificado através dos resultados obtidos do questionário de qualidade de vida SF-36 e IPAQ: idosos muito ativos e ativos (sendo

14 idosos) possuem uma maior qualidade de vida em relação aos sedentários (sendo 11 idosos).

Algumas limitações foram encontradas durante a pesquisa como, em alguns casos, o idoso não tinha muita clareza em relação as perguntas feitas nos questionários, e mesmo a entrevista sendo feita pessoalmente, foi de difícil esclarecimento justamente por causa da linguagem. Em um caso a entrevistada era analfabeta, e, portanto de difícil aplicação para a mesma.

Uma sugestão seria a padronização da forma de aplicação e esclarecimentos para dúvidas que possam surgir durante a entrevista.

Por fim conclui-se por este estudo, que se pode intervir na maneira como se envelhece, e a prática de atividade física surge como opção para se envelhecer melhor propiciando ao idoso a possibilidade de se levar uma vida sem limitações funcionais que comprometem sua alegria, vontade de viver, entusiasmo, bem estar qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

F, Mangialasche. **Exploring The Role Of Vitamin E In Alzheimer's Disease** - An Epidemiological and Clinical Perspective. Stockholm: Karolinska Institutet; 2012.

Folha de São Paulo. **Exercícios reduzem o uso de remédios**. Publicação: 12.ago.2010. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/saude/sd1208201001.htm>> Acesso: 02.jul.2016.

GORZONI, MILTON LUIZ.; RUSSO, MARCO RICARDO. **Envelhecimento respiratório**. In: Tratado De Geriatria E Gerontologia. 2002. Freitas Elizabete Viana, Py Ligia, Neri Anita Liberalesso, Cançado Flávio Aluizio Xavier, Gorzoni Milton Luiz, Rocha Sonia Maria. Capítulo 40. 240-243. 1187p (Park et al.,2001)

PORTER, M. M.; VANDERVOORT, A. A.; LEXELL, J. Aging of human muscle: structure, function and adaptability. **Scand. J. Med. Sci. Sports**, v.5, p. 129-142, 1995.

ISAACS, B. **The challenge of geriatric medicine**. Oxford: Oxford University Press apud SIMPSON, J. M. In: PICKLES, B. et al. **Fisioterapia na terceira idade**. 2 ed. São Paulo: Livraria Santos, 2000.

MATSUDO, S. M. M.; MATSUDO, V. K. R.; BARROS NETO, T. L. **Atividade física e envelhecimento**: aspectos epidemiológicos. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, v. 7, n. 1, p. 2-13, 2001.

MATSUDO, Sandra M. et al. **Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento.** Revista Brasileira Atividade Física & Saúde, v.5, n. 2, p.60-75, 2000.

MARCON, Marcelo et al. **Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida de idosos sedentários e fisicamente ativos.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v.15, n. 2, p. 635-642, 2012.

S. Caporicci, M.F.O. Neto. **Estudo comparativo de idosos ativos e inativos através da avaliação das atividades da vida diária e medição da qualidade de vida.** Revista Motricidade, v. 7, n. 2, p. 15-24, 2011.

ROLIM, Kelryton Pereira et al. **Qualidade de vida de um grupo de idosos que praticam atividades físicas no município de Brejo Santo – CE.** Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer. v.9, n.17, p. 2913-2922, 2013.

MERCURI, Nora; ARRECHEA, Viviana. **Fisiologia do exercício:** Atividade física e diabete mellitus – ATUALIZAÇÃO (2009). Disponível em: <<http://www.cdof.com.br/fisio6.htm>> Acesso: 02.jul.2016.

TOSCANO, José, OLIVEIRA, Antônio. **Qualidade de Vida em Idosos com Distintos Níveis de Atividade Física.** Revista Brasileira de Medicina do Esporte. v. 15, n. 3, p. 169-173, 2009.

Motor neuron diseases. **Research on amyotrophic lateral sclerosis and related disorders.** F. Norris e L. Kurland, editores. Um volume encadernado com 407 páginas e 205 ilustrações. Volume II da série Contemporary Neurology Symposia. Grune & Stratton, New York, 1968.

NAHAS, M.V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida – Conceitos e Sugestões para um Estilo de Vida Ativo.** 2.ed. Londrina: Midiograf, 2001. ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 6thedition, 2000.

OMS. **Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice (2007).** Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_prevencao_quedas_velhice.pdf> Acesso: 02.jul.2016

OMS. **Relatório Mundial de Saúde e Envelhecimento (2015).** Disponível em: <<http://sbogg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>> Acesso: 02.jul.2016.

PASI - **Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso: Envelhecimento Saudável em Florianópolis, 2006.** PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, Secretaria Municipal de Saúde, Departamento de Saúde Pública. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/saude/protocolos/protocolo_de_atencao_a_saude_do_idos_o.pdf. Acesso em: 15 out. 2008.

PONT GEIS, Pilar. **Atividade Física e Saúde Na Terceira Idade**: Teoria e Prática. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. (Mazzeo et al., 1998)

PRADO, A.K.G.; BARRETO, M.C.; GOBBI, S. **Exercício físico no envelhecimento normal e patológico**: da teoria a prática. Cap. 1 – Envelhecimento orgânico e a funcionalidade motora. Editora CRV: Curitiba, 2013. In: COELHO; F.G.M.; GOBBI, S.; COSTA, J. R.; GOBBI, L. T. B. Franchi e Montenegro Junior (2005).

REKENEIRE, N. et al. **Is a fall just a fall**: correlates of falling in healthy older persons. The health, aging and body composition study. Journal of the american geriatrics society, Malden, v.51, n.6, p.841-846, jun. 2003. Christofoleti et al. (2006).