

RESUMO

Perante o cenário de um envelhecimento populacional e do aumento do número de idosos dependentes, características cada vez mais marcantes da sociedade contemporânea, convém destacar que alcançado o objectivo do aumento da esperança média de vida, o desafio actual é conseguir “dar mais vida aos anos”, ou seja maior longevidade mas com qualidade de vida. Atendendo a esse objectivo importa efectivamente perceber o papel da actividade física no retardar/ atenuar dos efeitos do envelhecimento, e na influência que exerce sobre a qualidade de vida do idoso, principalmente nos aspectos relacionados com a saúde e bem-estar físico, psíquico e social.

Decorrente desta problemática, surgiu a principal questão de investigação deste estudo - Qual a influência da actividade física na qualidade de vida do idoso a viver de forma autónoma na comunidade, no concelho de Viseu?

Para responder a esta questão estabeleceram-se dois objectivos principais para este estudo:

- ✓ Caracterizar a população de idosos em estudo, relativamente a algumas variáveis sócio-demográficas, à sua actividade física habitual e à sua qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS).
- ✓ Verificar a existência de relações entre as variáveis (sócio-demográficas - nível de actividade física habitual – prática desportiva), e as dimensões da QVRS do idoso.

A investigação empírica assentou num estudo descritivo, analítico e correlacional de natureza quantitativa, em que se relacionou o nível de actividade física habitual do idoso (através do questionário de Baecke Modificado) com a sua QVRS (através do MOS SF-36). Os dados foram recolhidos através de formulário, em inquéritos de rua, durante os meses de Fevereiro e Março de 2011. A amostra é não probabilística por conveniência, constituída por 52 idosos do concelho de Viseu.

De acordo com os resultados obtidos, destacam-se as seguintes conclusões:

- Os idosos desta amostra têm um nível de actividade física habitual e prática desportiva baixo, comparativamente com as recomendações internacionais.
- O nível médio de QVRS desta amostra é positivo para todas as dimensões da QVRS (MOS SF-36), excepto na dimensão de Saúde Geral, contudo nas dimensões Saúde Geral, Desempenho físico e Vitalidade existem bastantes idosos com uma QVRS considerada negativa.
- O nível de Actividade Física Habitual do Idoso tem uma correlação positiva com as dimensões da QVRS, excepto na dimensão Desempenho emocional.
- A prática de actividade desportiva tem uma correlação positiva com a QVRS, em todas as suas dimensões.

Palavras-chave: Qualidade de vida; actividade física; idoso.

ABSTRACT

Population is increasingly aging in contemporary society as well as dependent elderly. It is noteworthy that achieved the goal of increasing life expectancy, the current challenge is to provide greater longevity with quality of life to the elderly. Given this goal, it is important to understand the role of physical activity in the delay / mitigation of the aging effects, and in its influence on the quality of life of the elderly, especially those aspects related to health, physical, mental and social well-being.

This will, therefore, be the main research question of this study - What is the influence of physical activity on *health-related quality of life* (HRQOL) of the elderly who live autonomously in the municipality of Viseu?

To answer this question we settled two main objectives:

- ✓ Characterize the elderly population in the municipality of Viseu, in relation to some socio-demographic variables, according to their level of usual physical activity and of their *health-related quality of life* (HRQOL).
- ✓ Verify the existence of relationships between variables (socio-demographic characteristics - level of usual physical activity - sport), and the dimensions of the HRQOL of the elderly.

The empirical study was based on a descriptive, analytical and quantitative correlation, which linked the level of usual physical activity of the elderly (through the Modified Baecke) with their HRQOL (MOS SF-through 36). Data were collected by a street survey during the months of February and March 2011. The sample is not probabilistic by convenience, consisting of 52 elderly of the municipality of Viseu.

According to the results, we highlight the following conclusions:

- The elderly of this sample have a low level of usual physical activity and sport practice, compared with international recommendations.
- The average level of HRQOL in this sample is positive for all dimensions of HRQOL (MOS SF-36), except to the extent of General Health. However, in what General Health, Physical ability and Vitality factors are concerned there are numerous elderly people with negative HRQOL.
- Level of Usual Physical Activity for the Elderly has a positive correlation with dimensions of HRQOL, except for the emotional dimension Performance.
- The practice of sport has a positive correlation with the HRQOL in all dimensions.

Keywords: *Quality of life*; physical activity; elderly.

AGRADECIMENTO

A todos aqueles que de algum modo
me incentivaram e apoiaram nesta
árdua caminhada, especialmente:

À Professora Helena,

pela orientação e apoio no desenvolvimento deste trabalho;

Aos idosos,

que tornaram possível a sua realização;

À minha família,

pelos momentos em que a privei, da atenção e companhia que mereciam...

ÍNDICE

Pág.

ÍNDICE DE TABELAS

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ÍNDICE DE SIMBOLOS

1 – INTRODUÇÃO	21
-----------------------------	-----------

1ª PARTE - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2– ENVELHECIMENTO.....	23
-------------------------------	-----------

2.1 – CONCEPTUALIZAÇÃO.....	23
-----------------------------	----

2.2 - ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	26
--	----

3– QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE NO IDOSO.....	27
---	-----------

4– ACTIVIDADE FISICA NO IDOSO.....	35
---	-----------

4.1– ACTIVIDADE FISICA RECOMENDADA NA 3ª IDADE	36
--	----

4.2- PAPEL DA ACTIVIDADE FISICA NA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO.....	39
---	----

2ª PARTE – TRABALHO EMPÍRICO

5– METODOLOGIA.....	43
----------------------------	-----------

5.1 – CONTEXTUALIZAÇÃO E OBJECTIVOS DO ESTUDO.....	43
--	----

5.2 – TIPO DE ESTUDO.....	44
---------------------------	----

5.3 – HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO.....	44
--------------------------------------	----

5.4 – VARIÁVEIS.....	45
5.4.1– Operacionalização das variáveis	45
5.5- POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	49
5.6- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	50
5.7– PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS	50
5.8– ESTRATÉGIA DE ANÁLISE DE DADOS.....	51
6 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	53
6.1 – ANÁLISE DESCRITIVA.....	53
6.2 – ANÁLISE INFERENCIAL.....	61
7 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS	71
8 – CONCLUSÕES/SUGESTÕES	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXOS	
ANEXO I – Quadro de codificação/trans formação dos resultados do MOS SF-36.	99
ANEXO II - Quadro de codificação dos dados do questionário de Baecke Modificado	103
ANEXO III – Instrumento de colheita de dados	107

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo a Idade.....	53
Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo o nível de actividade física habitual.....	53
Tabela 3 - Distribuição Percentílica do Nível de Actividade Física habitual por categorias relativamente à amostra.....	54
Tabela 4 - Distribuição das variáveis (idade; género; estado civil; residência; exigência física da anterior profissão; actividade desportiva) em função do nível de Actividade Física habitual.....	56
Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo a prática de Actividade física de Tempos Livres e/ou Actividade Desportiva.....	57
Tabela 6 - Distribuição da amostra pelo tipo de actividade física de tempos livres.....	57
Tabela 7 - Distribuição da amostra pelo tipo de actividade física desportiva.....	58
Tabela 8 - Distribuição do Resultado Actividade Física Doméstica; do Score Actividade Física Tempo Livre; do Score de Actividades Desportivas, do Nível Habitual de Actividade Física, segundo o Local de Residência dos idosos.....	59
Tabela 9 - Distribuição da amostra segundo as dimensões da QVRS.....	60
Tabela 10 - Distribuição da amostra segundo as categorias percentilica do nível QVRS, para cada dimensão.....	61

Tabela 11 -	Teste de Normalidade da amostra de Kolmogorov-Smirnov.....	62
Tabela 12 -	Correlação de Spearman a relacionar a idade com as dimensões da QVRS.....	63
Tabela 13 -	Teste U Mann Whitney a relacionar a variável Género com as dimensões da QVRS.....	64
Tabela 14 -	Teste Kruskal Wallis a relacionar o estado civil com as dimensões da QVRS.....	65
Tabela 15 -	Teste Kruskal Wallis a relacionar a variável nível de escolaridade com as Dimensões da QVRS.....	66
Tabela 16 -	Teste Kruskal Wallis a relacionar a variável zona de residência do idoso com as Dimensões da QVRS.....	67
Tabela 17 -	Teste Kruskal Wallis a relacionar o nível de exigência física da profissão anterior, com as dimensões da QVRS.....	68
Tabela 18 -	Correlação de Spearman a relacionar o nível Habitual de Actividade Física com as dimensões da QVRS.....	69
Tabela 19 -	Teste U Mann Whitney a relacionar a variável prática desportiva com as dimensões da QVRS.....	70

INDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFH - Actividade Física Habitual

AFTL – Actividade Física de Tempos Livres

AD – Actividade Domésticas

ADp – Actividade Desportiva

AVD – Actividades de Vida Diária

Cit. por – citado por

ed. - edição

et al. – e outros

in – em

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas.

p. – página

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SF-36 – The 36- item Short Form Health Survey Questionnaire

WHO – World Health Organization.

INDICE DE SIMBOLOS

% - Percentagem

p – nível de significância

χ^2 – Qui-quadrado

r – Coeficiente de correlação de Sperman

nº - número

S - Desvio padrão

X - Média

< - Menor

> - Maior

≥ - Maior ou igual

= - Igual

1 - INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, mas de forma mais evidente nos países desenvolvidos, tem-se observado nas últimas décadas uma mudança nítida na composição etária da população, que se evidencia sobretudo por um envelhecimento populacional, tornando-se mesmo num elemento preponderante de caracterização das sociedades modernas (PAÚL; FONSECA, 2005).

O aumento do número de idosos está intimamente relacionado com o aumento da procura de cuidados de saúde, na busca de uma resposta para os seus problemas, muitas vezes associados a uma maior longevidade e aos efeitos deletérios do envelhecimento.

A Direcção Geral de Saúde (DGS) (2006) salienta que o envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o maior tempo possível, o que implica uma acção integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde em particular, adequando os serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares.

Efectivamente, o facto de viver mais anos não se deveria transformar num problema, pois trata-se de uma conquista histórica e não tirar partido dela, seria uma enorme perda para todos. Assim, cumprido que está o objectivo do aumento da esperança média de vida, agora o desafio actual consiste em “dar mais vida aos anos”, ou seja maior longevidade, mas com qualidade de vida. Mota (2008) realça que se deve assumir a melhoria da qualidade de vida durante a velhice como o principal desafio do século XXI, na medida em que será incompreensível que ao termos mais anos de vida, depois não os saibamos viver com qualidade e alegria. Torna-se então fundamental proporcionar ao idoso uma vida digna, independente e integrada socialmente, sendo de extrema importância a tomada de consciência acerca do valor da manutenção da funcionalidade do idoso, pois este aspecto permite-lhe ter uma vida activa e independente e isso é um dos factores mais valorizados pelo idoso, no que concerne à sua qualidade de vida (MAZO, 2008).

A relação entre a actividade física e o envelhecimento saudável é cada vez mais discutido e analisado cientificamente, mas importa também perceber melhor o papel da actividade física no retardar/ atenuar dos efeitos do envelhecimento, e na influência que exerce sobre a qualidade de vida do idoso, principalmente nos aspectos relacionados com a saúde. A este propósito Mazo et al. (2008) salientam o facto de nos últimos anos, se atribuir

cada vez mais importância à dimensão qualitativa da actividade física, ou seja, ao modo como esta pode afectar positivamente as dimensões subjectivas da natureza humana, como sejam o bem-estar e a qualidade de vida.

Decorrente desta problemática, surgiu a principal questão de investigação deste estudo - Qual a influência da actividade física na qualidade de vida do idoso a viver de forma autónoma na comunidade, no Concelho de Viseu?

De forma a dar resposta a esta questão, foi desenvolvido este trabalho de investigação, e estabelecidos os seguintes objectivos:

- Conhecer as características sócio-demográficas da população idosa a viver de forma autónoma na comunidade, no Concelho de Viseu (população idosa em estudo).
- Avaliar a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) nas suas dimensões, da população idosa em estudo.
- Caracterizar a actividade física habitual desse segmento populacional.
- Verificar a existência de relações entre as variáveis (sócio-demográficas - nível de actividade física habitual – prática desportiva), e as dimensões da QVRS do idoso.

A elaboração deste trabalho teve por base uma pesquisa bibliográfica e de trabalhos de investigação no âmbito da temática em estudo, bem como a aplicação de um formulário a 52 idosos do Concelho de Viseu. Deste formulário, faz parte o questionário de Baecke modificado, para avaliação da actividade física, mas também o modelo MOS SF-36, para avaliação da QVRS do idoso nas suas dimensões.

Este trabalho está dividido essencialmente em 2 partes:

A **1ª parte – Fundamentação teórica**, estruturada com o objectivo de conferir consistência teórica, no quadro em que se insere o estudo.

A **2ª parte - Trabalho Empírico**, que inclui os capítulos da:

- Metodologia, onde é apresentado o tipo de estudo, como se seleccionou a amostra, os instrumentos de avaliação utilizados, as variáveis em estudo e a sua operacionalização, a formulação das hipóteses e ainda a previsão do tratamento estatístico dos dados.

- Apresentação dos dados e respectiva análise estatística, descritiva e inferencial.

- Discussão dos resultados – onde se procurou confrontar os resultados obtidos com a fundamentação teórica e com outros estudos dentro do mesmo âmbito.

- Conclusão, onde se salienta os principais resultados do estudo e algumas considerações mais relevantes, quer para futuras investigações, quer para a implementação de acções e estratégias, que visem a promoção de um envelhecimento activo e saudável.

1ª PARTE

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2 – ENVELHECIMENTO

Estudar o fenómeno do envelhecimento implica a clarificação de alguns conceitos elementares como envelhecimento e idoso e as repercussões deste fenómeno no indivíduo.

2.1 - CONCEPTUALIZAÇÃO

Para Spirduso, Francies e MacRae (2005) o envelhecimento é o processo ou grupo de processos, que ocorrem nos organismos vivos e que se expressa pela perda da capacidade de adaptação e pela diminuição da funcionalidade, mobilidade e autonomia, estando associado a alterações físicas e fisiológicas, psicológicas e sociais. Segundo estes autores, trata-se de um processo contínuo e irreversível que afecta progressivamente os vários órgãos e sistemas do corpo humano, verificando-se um declínio de quase todas as funções.

A Direcção Geral de Saúde Portuguesa (DGS) (2006, p.5) conceptualiza o envelhecimento como sendo “o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida”.

Spirduso, Francies e MacRae (2005) salientam que ao contrário da doença o processo de envelhecimento é um fenómeno normal e universal, tratando-se de um processo natural, considerado como uma das etapas da nossa vida, não podendo ser visto como sinónimo de ausência de saúde, embora possa ser acelerado ou agravado por esta.

Face a estas conceptualizações, podemos considerar o envelhecimento como um processo normal e inevitável, tal como o crescer. Portanto ficar-se velho não é sinonimo de doença, no entanto o corpo sofre uma serie de modificações morfológicas e funcionais, caracterizadas essencialmente por uma tendência em reduzir a eficácia de todos os órgão e sistemas. Mas essas modificações processam-se ao longo da vida, embora nas últimas fases da vida do homem ocorra uma evolução mais rápida e notória. Assim é difícil encontrar uma data a partir da qual se possam considerar as pessoas “velhas”, uma vez que não envelhecem ao mesmo ritmo, de forma uniforme, trata-se portanto de um processo

natural mas complexo, contínuo e geneticamente programado, mas que não afecta todos de igual forma (MARTINS, 2004; SPIRDURO; FRANCIES; MACRAE 2005; SILVA 2009).

Na nossa sociedade o termo “velho” tem muitas vezes uma conotação negativa, sendo por isso usada habitualmente a palavra idoso. O conceito de idoso é vulgar ser descrito tendo em conta a idade cronológica, que corresponde à idade oficial do indivíduo, registada no seu bilhete de identidade. Contudo, esse não deve ser o único critério, pois nem todos envelhecemos ao mesmo tempo, nem de igual forma.

Paúl e Fonseca (2005) referem a este propósito que, apesar de ser vulgarmente utilizado, o critério da idade (65 anos) deixou de constituir um indicador rigoroso para o início da velhice, privilegiando-se a existência de múltiplas idades passíveis de transição entre a idade adulta e a velhice.

Apesar destes argumentos, o critério cronológico é muitas vezes adoptado para delimitar a passagem de adulto a idoso, tanto para fins estatísticos, como em estudos científicos. Nesse sentido a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1997), numa tentativa de uniformização de critérios, identifica como idoso qualquer indivíduo com 65 ou mais anos, independentemente do género e estado de saúde. Em Portugal aceita-se comumente o limite de 65 anos como o marco entre o adulto e o idoso (INE, 2002).

De facto embora o critério da idade cronológica não constitua um indicador rigoroso para o início da velhice, mas contrabalançando com a simplicidade e universalidade deste conceito básico, iremos recorrer a ele, sempre que nos referirmos ao idoso.

Tal como anteriormente referido, o envelhecimento não afecta todos de igual forma, contudo é um processo inevitável, mais tarde ou mais cedo ele começa a manifestar-se, e também nesse sentido pode afectar de forma diferenciada as diferentes dimensões da pessoa, podendo atingir mais a parte biológica, a psicológica ou até a social, dependendo da forma como ao longo da vida nos preparamos para esta fase.

Para Silva (2009a) o envelhecimento biológico é encarado como o declínio progressivo e gradual do funcionamento físico do sujeito, ou seja, envelhecer acarreta sempre declínios e deterioração.

Llano, Mansz e Oliveira (2004, p.19) sintetizam as alterações físicas provocadas pelo envelhecimento:

- **Ao nível do sistema locomotor:** Há perda de massa e volume muscular (...) Isto provoca uma diminuição dos níveis de força e de resistência muscular de mobilidade articular e da elasticidade nos músculos e tendões. A diminuição progressiva da densidade óssea enfraquece os ossos,

fazendo com que uma grande percentagem de idosos sofra de osteoporose (...) **A nível do sistema cardiovascular:** O endurecimento de artérias e válvulas dificultam a corrente sanguínea fazendo com que aumente a pressão arterial e o risco de doenças cardiovasculares (...) **A nível respiratório:** A perda de elasticidade pulmonar e a diminuição da superfície alveolar, leva a um decréscimo do nível de consumo máximo de oxigénio e da capacidade vital. **A nível do sistema Nervoso:** Produz-se um abrandamento no tempo de reacção e no processamento de informação (...) Tudo isto faz com que a transmissão de impulsos nervosos seja cada vez mais lenta, o que vai afectar a capacidade de coordenação. Há uma perda de capacidade de concentração e atenção, assim como a memória a curto prazo (...) **A nível do sistema sensorial:** A perda de eficiência dos órgãos sensoriais e o aumento dos limiares para a sua estimulação, faz com que a informação exterior chegue lentamente e deturpada. Isso afectará as múltiplas dimensões da vida quotidiana como a estabilidade e segurança no andar, o paladar, cheiros (...)

Para Sequeira (2010) o envelhecimento como etapa de vida é um processo biológico inevitável, mas não é o único, pois implica modificações somáticas e psicossociais e estas interagem de forma ininterrupta de acordo com a interacção humana, onde cada uma afecta e é afectada. Assim, o envelhecimento não se restringe às mudanças físicas e fisiológicas, pois a par das alterações físicas provocadas pelo envelhecimento ocorrem outras de natureza psicológica e social. O envelhecimento consiste na articulação e interacção entre mudanças biológicas, psicológicas e sociais (SPIRDUSO; FRANCIES; MACRAE, 2005).

Para SILVA (2009a) envelhecimento psicológico é entendido como um processo complexo, diferente de um sujeito para outro, caracterizado por ganhos e perdas e assim, ao contrário do envelhecimento biológico, o envelhecimento psicológico não é sinónimo apenas de perdas ou de declínio, uma vez que muitas das características mentais dos sujeitos se mantêm inalteráveis com o passar do tempo.

Llano, Mansz e Oliveira (2004, p.21) descrevem as alterações provocadas pelo envelhecimento no plano:

Psico- Afectivo: A deterioração progressiva de grande parte das suas capacidades leva a que os idosos sintam uma perda de confiança em si mesmos, como consequência da mudança que ocorre na sua imagem corporal. Há uma diferença entre o que crêem que ainda são capazes de fazer e o que, na realidade ainda são capazes de fazer, factor que afecta grandemente a sua auto-estima. Se a isto juntarmos a ocorrência de mais acontecimentos stressantes como a reforma, a perda de amigos e entes

queridos, isto faz dos idosos um grupo especialmente vulnerável a estados de depressão frequentes.

- **Social:** Em consequência das alterações psico-afectivas anteriormente descritas, muitas vezes surge o isolamento, a inactividade e a atitude regressiva perante a sociedade é uma posição frequente entre os idosos

2.1 – ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento populacional tornou-se num elemento caracterizador das sociedades modernas, e pelos dados disponíveis pelo INE (Instituto Nacional de Estatística) percebe-se que Portugal não escapou a esta tendência mundial, tendo mesmo duplicado o seu número de idosos nos últimos quarenta anos, e assim desde 1999 que o número de idosos ultrapassa o número de jovens. De acordo com o INE (2010a) Portugal mantém esta tendência de envelhecimento demográfico, realçando que de 2008 para 2009 a proporção de jovens e indivíduos em idade activa continua a diminuir, e em sentido inverso a aumentar o peso relativo da população idosa (indivíduos com 65 ou mais anos) de 17,6% para 17,9%. Segundo esta entidade a comparação das pirâmides etárias da população portuguesa em 31 de Dezembro de 2000 com a de 2009 evidenciam um duplo envelhecimento – representado por um estreitamento da base e um alongamento do topo da pirâmide etária – decorrente sobretudo da redução da natalidade e do aumento da longevidade.

Ora, é o conjugar destes fenómenos populacionais que justificam que o envelhecimento geral da população tenha sido tão significativo nos últimos anos, mas o problema tende a agravar-se, pois de acordo com as projecções do EUROSTAT Cit. por INE (2011a) Portugal em 2030, será o sétimo país Europeu mais envelhecido, com 39% de idosos em relação à população total, ou seja em cada três portugueses um será idoso.

Outro dado preocupante, é que a par do envelhecimento da população Portuguesa, também o índice de dependência dos idosos tem aumentado progressivamente, sendo em 1991 de 20,9%, em 2001 de 24,5% e em 2010 de 27,2%. (INE, 2011b)

Relativamente ao concelho de Viseu, os dados do Anuário estatístico do INE (2010b) descreve que em 31/12/2009 tinha 17,15% de idosos em relação à população total, sendo que essa percentagem em 2001 era de 15,7% e em 1991 de 13,2%. Também o índice de dependência dos idosos tem aumentado, sendo em 1991 de 20,2%, em 2001 de 22,8% e em 2010 de 26,3%. (INE, 2011b)

Da análise comparativa destes dados com os dados nacionais, podemos verificar que a realidade do concelho de Viseu teve uma evolução que não se afasta muito dos resultados nacionais.

3 – QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE DO IDOSO

O interesse pelo estudo da qualidade de vida dos idosos em trabalhos de investigação tem aumentado substancialmente nas diferentes disciplinas do conhecimento ligadas à área da saúde. Uma das explicações para este fenómeno está no facto de cada vez mais termos uma sociedade envelhecida, em que os idosos são os maiores consumidores/utilizadores dos cuidados de saúde, pois à medida que a idade avança, há uma tendência para diminuírem a sua capacidade funcional e adquirir problemas de saúde crónicos. Assim, viver cada vez mais, tem implicações importantes para a qualidade de vida; a longevidade pode ser um problema, com consequências nas diferentes dimensões da vida humana, quer física, psíquica ou social.

Neste sentido Carvalho (1999) referindo-se ao envelhecimento salienta que este induz inúmeras transformações com implicações na funcionalidade, na mobilidade, na autonomia, na saúde e, claro, na qualidade de vida da população idosa.

Importa perceber claramente de que falamos quando consideramos qualidade de vida e saúde do idoso.

Conceptualizar sobre saúde e qualidade de vida continua a ser um grande desafio, não porque haja falta de conceitos, mas antes pela sua multiplicidade e disparidade. A principal razão deste fenómeno, passa pelo facto de se tratar de conceitos com um grau elevado de subjectividade, em que cada sujeito pode percepcionar e conceptualizar o fenómeno de maneira diferente.

O conceito de saúde tem assumido diferentes significâncias e tem evoluído com a história do homem, não havendo uma forma unânime de o definir. Contudo, há um grande consenso em assumir a rotura com o modelo biomédico tradicional, que assumia a doença como um problema biológico e saúde como ausência de doença (RIBEIRO, 2007).

Para a OMS (1986, Cit. por Ribeiro, 2007, p.75) a saúde é:

...uma extensão em que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades, e por outro de modificar ou lidar com o meio envolvente. A saúde é um recurso para a vida do dia-a-dia, uma dimensão da nossa qualidade de vida e não um objectivo de vida. Trata-se de um conceito positivo que valoriza os recursos sociais e individuais, assim como as capacidades físicas.

Ferreira (1998) defende a subdivisão do estado de saúde em dimensões, sendo o mais comum a sua divisão em 3 domínios: Saúde Física, Saúde Mental e Função Social. Explica ainda que saúde física está relacionada com a capacidade ou limitação na execução de actividades físicas desde as mais básicas até às mais exigentes. A função social refere-se à quantidade das actividades sociais, assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas actividades sociais. A saúde Mental inclui questões referentes a dimensões importantes, tais como: a ansiedade, a depressão, a perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais e o bem-estar psicológico.

Actualmente pode-se afirmar que, independentemente de poder incluir indicadores mais objectivos, o conceito de saúde é visto como uma categoria predominantemente subjectiva, que transpôs o plano meramente “físico” do indivíduo, para dar atenção aos aspectos subjectivos, isto é à sensação de doença ou incapacidade vivida por cada um. É esta concepção de saúde, subjectiva, positiva e multidimensional que assume a ruptura com a definição do modelo Biomédico tradicional, que é seguida neste estudo e que influenciou as opções relativas ao modelo de avaliação adoptado.

Quanto à conceptualização do termo qualidade de vida, a existência de múltiplas e distintas definições, proporcionam alguma dificuldade na sua operacionalização.

Para Leidy, Revicki e Genesté (Cit. por Ribeiro, 2007 p.101) “a qualidade de vida é a percepção subjectiva de satisfação ou felicidade com a vida em domínios que são importantes para si....”

O grupo de especialistas da OMS da área da qualidade de vida, conceptualiza a qualidade de vida como sendo:

...a percepção do indivíduo, na sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores, nos quais ele se insere e, em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. É um amplo conceito de classificação afectado de um modo complexo pela saúde física do indivíduo, estado psicológico, relações sociais, nível de independência e pelas relações com as características mais relevantes do seu meio ambiente (WHOQOL GROUP, 1993, p.153).

Este grupo de especialistas afirma que apesar de não haver um significado consensual deste conceito, existe acordo entre os pesquisadores acerca de algumas características do mesmo, particularmente quanto ao facto de se tratar de um conceito subjectivo, multidimensional (há pelo menos três dimensões básicas que se deve dar especial atenção – a dimensão física, a psicológica e a social) e que deve incorporar dimensões positivas e negativas.

Vários autores referem a percepção do estado de saúde, como um dos factores mais importantes para uma vida com qualidade no idoso, e o que explica melhor a qualidade de vida em geral na terceira idade. (MAZO, 2008; RIBEIRO, 2007; MOTA et al., 2006).

Esta observação é também corroborada por Spirduso, Francies e MacRae (2005), referindo que para o adulto idoso a preocupação com a qualidade de vida, estará sempre relacionada com a saúde física e mental, funcionalidade e autonomia, particularmente com a capacidade de realizar as Actividades de Vida Diária (AVD) de uma forma independente, mas também com o sentido de bem-estar e satisfação. Para estes autores se as competências físicas estão conservadas, a probabilidade de bem-estar e qualidade de vida é considerável mas, quando o indivíduo deixa de ter saúde, o nível de qualidade de vida percebida baixa drasticamente.

Contudo existem outros autores que não concordam com a relevância dada à saúde na avaliação da qualidade de vida do idoso, na medida em que consideram que deve ser feita uma avaliação global, salientando que muitas das determinantes da qualidade de vida se situam noutros sectores como: nos contactos familiares e sociais; na segurança financeira; na felicidade; na vida intelectual ou emocional etc. (DINIS e SCHOR, 2006; PAUL et al., 2005)

Nesta linha de pensamento Santos e Oliveira (2007) consideram a qualidade de vida como um conceito ligado ao próprio desenvolvimento humano, não significa que o individuo tenha apenas saúde física ou mental, mas que ele viva bem consigo mesmo, com a vida, com as pessoas que o rodeiam, ou seja ter qualidade de vida é estar em equilíbrio pessoal e grupal.

Noutro sentido alguns autores consideram que a definição de qualidade de vida procurou ser tão abrangente, indo tão longe, que deixou de ter interesse para medir o estado e necessidades de saúde. Farquhar (1995, Cit. por MAZO, 2008) salienta que muitos pesquisadores não definem o conceito de qualidade de vida, mas operacionalizam-no em termos de medida de saúde ou de estado funcional, sendo assim, a expressão mais adequada é a “Health related Quality of life” ou seja qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS), em vez de simplesmente usar o termo qualidade de vida.

Jette (1993, Cit. por Dias, 2006, p.29) enfatiza que “...sendo o conceito de QVRS mais estreito do que o da qualidade de vida geral, é utilizado muitas vezes como sinónimo de estado de saúde, estado funcional ou apenas qualidade de vida.”

Efectivamente o estado de saúde tem sido frequentemente associado com qualidade de vida e restringido a sua operacionalidade em estudos, em que a qualidade de vida é cada

mais referida como QVRS. A saúde relativa à qualidade de vida, como estado de saúde subjectivo é baseado no utente, mas foca cada vez mais o impacto neste estado na saúde percebida ou na aptidão de viver uma vida em pleno (SANTOS, 2008).

Apesar de a QVRS ser um conceito mais específico do que simplesmente qualidade de vida, Mota et al. (2006) salientam que deve abranger um grande número de domínios importantes para a vida do sujeito, compreendendo um carácter multidimensional, dependente da integração da saúde física, bem-estar psicológico, satisfação social e pessoal.

O centro de controle e prevenção de enfermidades dos Estados Unidos (1995, Cit. por Mazo, 2008) apresenta o conceito de QVRS como a maneira como uma pessoa ou grupo de pessoas percebe a sua saúde física ou mental com o passar do tempo, referindo-se não só à forma como as pessoas percebem o seu estado de saúde geral, mas também como se sentem física, psicológica e socialmente na realização das suas actividades diárias.

Segundo Mazo (2008) uma boa qualidade de vida relacionada com a saúde para os idosos depende de vários factores, tais como: a longevidade; uma boa saúde física e mental; uma boa saúde física percebida; a satisfação com a vida; um controle cognitivo; uma competência social; a eficácia cognitiva; a continuidade de papéis familiares e ocupacionais; as relações interpessoais; a autonomia e independência; um estilo de vida activo etc.

A partir da literatura consultada, podemos verificar que existe uma multiplicidade de factores apontados como sendo responsáveis por uma vida satisfatória no idoso, mas os estudos e teorizações ainda não conseguiram estabelecer com clareza e consenso a parcela de contribuição de cada um deles. O que se pode afirmar é apenas, que a qualidade de vida corresponde a uma percepção única e pessoal marcada pela inter-relação dos diversos factores, desde os mais pessoais como o bem-estar físico, funcional e mental até aos mais circunstanciais como habitação, família, amigos e outras circunstâncias da vida, como trabalho, situação económica e familiar etc.

Efectivamente a qualidade de vida do idoso deve que ser entendida como um conceito que é influenciado por todas as dimensões da vida e não deve estar limitado à existência ou não de morbilidades, contudo diante do impacto que o conceito de saúde pode ter na vida das pessoas, particularmente nos idosos, compreende-se que são necessários indicadores mais precisos, que possam nortear essa dimensão da qualidade de vida.

Diversos estudos que pretendem avaliar a QVRS recorrem ao modelo MOS SF-36, que é um instrumento que foi desenvolvido no âmbito de um trabalho realizado nos Estados

Unidos da América pela Rand Corporation, durante a década de 70. O Short Form 36 (SF-36) estava integrado no projecto MOS (Medical Outcomes Study), tendo este sido criado a partir de uma extensa bateria de questionários que incluía quarenta conceitos relacionados com a saúde.

Quando se investiga a QVRS no idoso, na sua multidimensionalidade, identificam-se os principais aspectos a serem considerados em relação às potencialidades e peculiaridades da saúde e vida do idoso. Desta forma, podemos verificar que o modelo MOS SF-36 é um formato que representa oito dos conceitos mais importantes em saúde e QVRS e que incorporam as componentes físicas, psicológica e social. As dimensões que constituem o MOS SF-36 são apresentadas e explicadas por Gomes (2010, p. 52) da seguinte forma:

- **Função Física**, permite medir desde as limitações para executar actividades físicas menores até às actividades mais extenuantes;
- **Desempenho físico e emocional**, permitem medir a limitação em saúde em termos do tipo e da quantidade de trabalho executado;
- **Percepção de Dor Corporal**, permite medir a intensidade e o desconforto causados pela dor mas também a forma como interfere nas actividades normais;
- **Saúde Geral**, permite medir o conceito de percepção holística da saúde, incluindo não só a saúde actual mas também a doença e aparência saudável;
- **Vitalidade**, inclui níveis de fadiga permitindo captar melhor as diferenças de bem-estar;
- **Função Social**, permite captar a quantidade e qualidade das actividades sociais, assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas actividades sociais do respondente;
- **Saúde Mental**, inclui questões referentes a quatro dimensões de saúde mental, a ansiedade, a depressão, a perda e controlo em termos comportamentais ou emocionais e o bem-estar psicológico.”

Os efeitos deletérios induzidos pelo envelhecimento, o ambiente físico e social e a própria estrutura psicológica do idoso podem influenciar a qualidade de vida ao nível destas dimensões, afectando mais umas do que outras, dependendo da forma como o idoso encara esta fase da vida e como se preparou para ela.

Para Santos (2006) o processo de adaptação ao envelhecimento comporta dois aspectos essenciais que podem influenciar a qualidade de vida do idoso, o primeiro refere-

se á capacidade da generalidade dos idosos de adaptação face às perdas, pelo menos nas primeiras fases do envelhecimento. O segundo reflecte a capacidade do idoso contrapor a sua capacidade de mudança ao estereótipo frequentemente difundido que encara a velhice como uma fase de estagnação. Segundo este autor para ser possível prevenir, melhorar ou otimizar o decurso do envelhecimento é necessário encará-lo como qualquer outro período da vida, adaptando-se as alterações e com a adopção de formas de envelhecimento positivo.

Nesta linha de pensamento Fonseca et al. (2005) referem que apesar de o processo de envelhecimento comportar sempre determinadas perdas no âmbito do envelhecimento normal, tais perdas podem ser devidamente integradas no funcionamento individual, não provocando uma perda de qualidade de vida significativa, ao contrário das consequências de um envelhecimento patológico, que se afiguram bastante prejudiciais ao bem-estar do indivíduo, conferindo ao acto de envelhecer uma dimensão pouco gratificante.

Segundo Spirduso, Francies e MacRae (2005) á medida que aumenta a idade cronológica as pessoas tornam-se menos activas, as suas capacidades físicas diminuem e, com as alterações psicológicas que acompanham a idade (sentimento de velhice, stress, depressão), existe ainda diminuição maior da actividade física que conseqüentemente, facilita a aparição de doenças crónicas, que, contribuem para deteriorar o processo de envelhecimento e uma diminuição da qualidade de vida. Estes autores salientam que mais que a doença crónica é o desuso das funções fisiológicas que pode criar mais problemas, pois a maioria dos efeitos do envelhecimento, acontece por imobilidade e má adaptação e não por causa de doenças crónicas.

Deste modo as alterações físicas e neurológicas acarretadas com o envelhecimento tendem a ser mais retardadas ou potenciadas pela própria estrutura psicológica do indivíduo ou seja, um idoso social e mentalmente activo tende a viver de forma mais satisfeita e mais adaptada que um idoso mais apático e pouco sociável.

Também o facto de muitas vezes na sociedade ocidental se associar o idoso á alteração do seu papel na sociedade, principalmente a ideia da pessoa não produtiva, que já tem pouco a dar, mas que é consumidora de muitos recursos da sociedade, pode levar o idoso a retrain-se e a isolar-se. Segundo Silva (2009a) a reforma deve ser entendida principalmente como um estado psicossocial, que em algumas situações pode representar perdas monumentais no sujeito, uma vez que o fim da actividade profissional significa para muitos o fim de um período longo da vida, marcado por hábitos e prioridades e levando á perda de identidade, o estatuto, a estrutura e mesmo até o sentido da vida. Pelo contrário

noutras, pode constituir uma época de liberdade, e pode oferecer novas oportunidades para o sujeito desenvolver novas capacidades, ou até novas relações.

Na concepção apresentada por Costa (1996, Cit. por Vaz, 2006) a reforma funciona quase como o atestado oficial de envelhecimento, através do qual o idoso perde a identidade profissional, podendo originar uma crise caracterizada pelo isolamento, solidão, desinteresse pela vida, devido à diminuição das relações com os outros.

Efectivamente em termos sociais a chegada da reforma é interpretada como um sinal do envelhecimento, traduzindo-se muitas vezes na prática por uma diminuição das relações sociais, devido ao rompimento com a actividade profissional e pela falta de oportunidades de participação na sociedade, pois actualmente o trabalho é uma forma de integração social e uma oportunidade de conviver com outras pessoas (FONSECA, 2005). Desta forma perante a reforma, se não houver um apoio sócio-familiar adequado, o idoso tende para o isolamento e a sua qualidade de vida baixa progressivamente, à medida que vão diminuindo as relações sociais.

Muitos idosos mostram dificuldade em se adaptarem às perdas provocadas pelo envelhecimento, mas aceitam-nas como uma inevitabilidade que a vida e a sociedade lhe impõem, não fazendo nada para as contrariar ou minimizar. A este propósito Martins, Andrade e Rodrigues (2010, p.123) reflectem sobre a interacção negativa entre o social e o psicológico do idoso, que pode influenciar a sua qualidade de vida:

O juízo que os idosos fazem de si mesmos é, sem dúvida, altamente influenciado pela forma como a sociedade vê a velhice; além disso, são extremamente sensíveis e vulneráveis à opinião dos outros, identificando-se com esta imagem degradante que a sociedade lhe confere. Esta atitude social negativa já deu provas de impedir as pessoas idosas de apreciarem e assumirem os valores positivos da vida e da velhice.

A qualidade de vida do idoso é influenciada por muitos factores intrínsecos e extrínsecos, mas a forma como se prepara e encara a velhice, principalmente através de uma atitude positiva perante a vida e de um envelhecimento activo desempenham um papel fulcral num envelhecimento bem-sucedido. (PAÚL; FONSECA, 2005).

Também Mazo (2008, p.127) salienta que “quando nos referimos à qualidade de vida na velhice, um aspecto que merece destaque é a manutenção de um estilo de vida activo e saudável.”

A qualidade de vida dos idosos Portugueses tem merecido a atenção de diversos investigadores, que optam por diferentes escalas e métodos de colheita de dados, consoante a temática da qualidade de vida que pretendem estudar e o âmbito do estudo.

Num estudo de Paúl et al. (2005) sobre Satisfação e qualidade de vida em idosos Portugueses concluíram que 27% dos idosos percepcionavam a sua qualidade de vida como “Boa / Muito boa”, 41% - “Nem boa, nem má” e 32% - “Má / Muito má”, ou seja quase um terço dos idosos percepcionaram o pior nível de qualidade de vida considerado.

Martins (2004) efectuou um estudo sobre a qualidade de vida dos idosos na região de Viseu e concluiu que a grande maioria dos idosos (84,5%) tinha qualidade de vida, e que somente 15,5% foram considerados como “sem qualidade de vida”, de acordo com os critérios de qualidade de vida adoptados (escala de qualidade de vida da DGS -1995).

4 – ACTIVIDADE FISICA NO IDOSO

Sabendo que o envelhecimento induz alterações estruturais e funcionais, que vão diminuir a flexibilidade no idoso, se as possibilidades de movimento das articulações não forem solicitadas regularmente, a mobilidade diminui, acentuando a inactividade, muito característica deste segmento etário, originando a perda de certas capacidades físicas, que são bastante importantes na manutenção do equilíbrio postural, da locomoção e da independência física. Esta diminuição pode limitar o idoso nas AVD, impedindo-o por vezes, de executar determinados movimentos, que em última análise podem levar à dependência funcional e à incapacidade.

Spirduso, Francies e MacRae (2005) referem que muitas das perdas associadas ao envelhecimento são mais acentuadas devido ao desuso do que à própria idade cronológica. Também a DGS (2004, p.33), salienta que “...a esperança de vida Portuguesa, sem incapacidade, acima dos 65 anos, é inferior à média estimada para os países da União Europeia, devendo-se, entre outros determinantes à pouca prática de actividade física regular.”

Contudo, durante muito tempo, a sociedade, mas também os médicos e outros profissionais de saúde, consideraram o exercício físico perigoso para os idosos. Esta atitude decorria da imagem prevalecente, que veiculava a ideia de que as pessoas acima dos 60 anos eram frágeis, débeis e/ou incapacitadas, de tal forma que a reforma e o envelhecimento eram sinónimos de menor actividade física para a maioria das pessoas. O estereótipo de um idoso sentado numa cadeira de jardim, tem sido a imagem das expectativas que se criam quanto ao tipo de vida dos mais velhos (DGS, 2001).

De facto era esta imagem negativa da saúde do idoso e as crenças de uma inevitável redução drástica e irreversível das capacidades físicas à medida que se envelhece, que prevalecia, associando o declínio físico e a prática de actividades físicas vigorosas com um aumento dos riscos para a saúde, obrigando assim os idosos a estilos de vida passivos. Actualmente, esta ideia tem vindo a ser alterada nos profissionais de saúde, sendo neste momento a inactividade e o sedentarismo considerado como um problema de saúde pública pelas organizações de saúde, que estão empenhadas em o contrariar.

Mazo (2008) salienta que um estilo de vida activo por parte dos idosos deve ser encarado como uma forma de quebrar o ciclo vicioso de aumento da idade – sedentarismo –

doença - incapacidade, e de acabar com os estereótipos de uma velhice sem movimento e sem participação activa na sociedade.

No entanto Mota et al. (2006) referem que a maioria dos idosos prefere adoptar estilos de vida sedentários, associando este facto a factores sociais e culturais, onde o exercício é, ainda, muitas vezes, visto como não adaptado a esse escalão etário, e em que os próprios idosos subestimam as suas capacidades e, com isso receiam a prática desportiva. Estes autores salientam ainda que esses indivíduos enquanto adultos não tiveram muito tempo livre, nem oportunidades para a prática de exercício físico e, como tal, possuem poucos hábitos desportivos.

Importa antes de mais, clarificar alguns dos conceitos relacionados com actividade física, pois este conceito é utilizado muitas vezes, sem clareza e confundido com exercício físico e aptidão física.

Matsudo, Matsudo e Neto (2001, p.2) conceptualizam:

- **A actividade física** como qualquer movimento corporal produzido em consequência da contracção muscular que resulte em gasto calórico.
- **O exercício físico** é uma subcategoria da actividade física que é planeada, estruturada e repetitiva, resultando na melhoria ou manutenção de uma ou mais variáveis da aptidão física.
- **A aptidão física** pode ser considerada não como um comportamento, mas como uma característica que o indivíduo possui ou atinge, como a potência aeróbia, força muscular, composição muscular ou flexibilidade.

Mazo (2008) refere que a actividade física habitual engloba os movimentos realizados, nas actividades domésticas e no tempo livre. Incluindo-se ainda os que estão relacionados com transporte/locomoção, actividades fora de casa (exemplo de jardinagem), recreação, dança e desporto.

Em suma, a Actividade Física Habitual (AFH) caracteriza-se como sendo um conceito abrangente que engloba as actividades físicas de tempo livre, mas também as do dia-a-dia, tais como as actividades domésticas, andar a pé ou de bicicleta como forma de transporte, jardinar etc., através das quais o idoso despende energia, enquanto o exercício físico ou o desportivo é uma forma de actividade física, realizada com um objectivo específico de manutenção ou aumento da condição física ou de saúde.

4.1– ACTIVIDADE FISICA RECOMENDADA NA 3ª IDADE

Segundo o Instituto do Desporto de Portugal (2011), os idosos para obterem benefícios na saúde não necessitam de uma actividade física muito intensa, ou seja, através

de uma quantidade moderada de actividade física, realizada de preferência diariamente, os idosos podem obter ganhos significativos em termos de saúde. Esses efeitos podem ser obtidos através de sessões longas de actividade física de intensidade moderada (como por exemplo: marcha), ou através de sessões curtas de actividades mais intensas (como por exemplo: marcha mais rápida, ginástica, natação etc.).

Actualmente a quantidade de actividade física recomendada pela OMS (WHO, 2011) para idosos com mais de 65 anos:

É de pelo menos 30 minutos de actividade física aeróbica de intensidade moderada, 5 dias por semana – (150 minutos) ou 75 minutos de actividade física de intensidade vigorosa por semana, ou ainda uma combinação equivalente de actividade física de intensidade moderada e de intensidade vigorosa.

Os idosos, com mobilidade pobre, devem realizar actividade física para melhorar o equilíbrio e evitar quedas em 3 ou mais dias por semana.

Actividades de fortalecimento muscular, envolvendo grandes grupos musculares, deve ser feito em 2 ou mais dias por semana.

Quando o idoso não pode fazer a quantidade recomendada de actividade física, devido às condições de saúde, eles devem ser tão fisicamente activos quanto as suas capacidades e as condições o permitam.

O instituto de desporto de Portugal (2010) refere que os benefícios da actividade física na saúde, nomeadamente na prevenção de doenças crónicas, podem ser obtidos através de uma actividade física moderada, acumulada num mínimo de 30 minutos por dia, na maioria dos dias da semana.

Estas recomendações têm implicações marcantes para as estratégias a desenvolver no sentido da adopção e aderência da prática de actividade física. Ao invés do estigma que durante décadas associou a prática do desporto a um esforço de prática, condições e apetrechamento, a mensagem hoje a transmitir é que a actividade física é acessível a todas as idades e em qualquer lugar, sem necessidade de qualquer instalação ou equipamento em particular.

De entre as actividades/ exercícios físicos recomendados para idosos encontram-se a caminhada, a natação ou hidroginástica, ginástica de manutenção ou até dança.

Mota et al. (2006) referem que a caminhada é ideal para iniciar a actividade física, podendo ser praticada pela grande maioria dos idosos, sendo uma prática segura mesmo para doentes obesos, hipertensos etc.

Também a DGS (2001) salienta que caminhar é um dos melhores exercícios do ponto de vista fisiológico e está adequado a todas as idades. Para esta entidade caminhar permite usar as pernas, as coxas, os músculos das costas e abdominais a um ritmo e passada adequada. Desenvolve a tonicidade e a massa muscular, melhora a circulação e o equilíbrio e pode ajudar a reduzir espasmos e contracções dos músculos das costas e das pernas. Referem também as vantagens psicológicas da actividade física da caminhada, onde incluem uma melhoria da atitude mental e da autoconfiança e como ajuda para aliviar o stress e o estado de tensão.

Cruz (2009) refere que da gama de actividades físicas possíveis de serem praticados pelos idosos, encontrou diversas referências à caminhada como relevante na actividade física total, sendo a actividade física mais preferida e a mais realizada pelos idosos.

Segundo Nunes e Santos (2009) caminhar constitui uma das mais naturais actividades físicas, por ser uma actividade simples, facilmente controlável, sem a necessidade de equipamentos especiais e por poder ser praticada por qualquer pessoa. Referem ainda que é considerada uma das práticas mais seguras do ponto de vista cardiovascular e ortopédico, apresentando dos maiores índices de aderência em exercícios para prevenção de doenças/ promoção da saúde.

Mazo (2008) refere que a caminhada é auto-regulável em termos de intensidade, duração e frequência e tem um baixo impacto, sendo uma excelente opção para aumentar o nível de actividade física dos idosos. Esta autora salienta ainda que para se atingir ganhos com a caminhada deve-se caminhar sempre, mas não em excesso, devendo ser praticada regularmente, três a cinco vezes por semana, com a duração de 30 minutos ou mais, conforme a condição física.

Para a DGS (2001) a par da caminhada a natação ou exercícios na água são actividades recomendadas principalmente porque o corpo fica sem peso na água e assim, nem as costas nem as extremidades ficam sujeitas a qualquer pressão, mas também ajuda a manter a forma e a relaxar. Mota et al. (2006) apontam no mesmo sentido, ao referirem que é um exercício que é particularmente importante para idosos com algum tipo de patologia osteo-articular, como por exemplo a osteoartrite, pois permite a realização de movimentos de forma menos custosa de que o meio terrestre, já que a força de gravidade é menor.

Mota et al. (2006) salientam ainda as actividades rítmicas como a dança, que para além de ser um fenómeno sociocultural, é essencial como factor de expressão corporal, permitindo igualmente trabalhar diferentes capacidades físicas, como por exemplo a resistência cardiovascular, de forma dissimulada. Estes autores referem também que a

ginástica de manutenção tem como objectivo melhorar a força, resistência e amplitude de movimentos.

Há no entanto que ter em conta que a população idosa é reconhecidamente uma população para a qual nem todos os exercícios físicos são aconselháveis (população de risco), sendo por isso necessário optar por um exercício físico regular, estruturado e adaptado a cada idoso, para que este usufrua na totalidade dos inúmeros benefícios decorrentes desta prática. Por princípio não há idade limite para a prática de actividade física, havendo sim para o tipo de prática que se realiza. Ou seja, o idoso deve adaptar a prática de actividade física, à sua idade, às suas possibilidades e ao seu estado de saúde.

Segundo a DGS (2001) mesmo as pessoas idosas com doenças crónicas, como doença coronária, algumas formas de artrite, enfisema, depressão etc., podem ter benefícios ao seguir programas de exercícios físicos regulares. Recomenda também que o idoso deve escolher com o médico, ou outro técnico de saúde credenciado nesta área, o esquema de exercícios a seguir. Para esta entidade a quantidade de exercício a fazer é determinada pelo estado de saúde, condição física e compreensão da necessidade de levar a cabo um consistente programa de exercícios, de forma sustentada e regular.

4.2 – PAPEL DA ACTIVIDADE FISICA NA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

O envelhecimento e as inerentes alterações físicas, psicológicas e sociais provocam gradualmente no idoso um ligeiro declínio da sua capacidade funcional, e em consequência deste e de factores sócio-culturais e ambientais, levam a que grande parte destes idosos viva abaixo do linear da sua capacidade, bastando um problema de saúde, para os tornar dependentes de outrem.

Mazo (2008) quando se refere à qualidade de vida na velhice, destaca a importância da manutenção de um estilo de vida activo e saudável, em que a actividade física regular surge como um meio de promoção da saúde e de um envelhecimento activo.

Importa perceber efectivamente qual é o papel da actividade física na promoção da saúde, na prevenção da doença e mesmo no minorar das consequências das doenças crónicas, e assim em última instância na melhoria da qualidade de vida do idoso.

A actividade física/exercício físico é reconhecido em diversos estudos como factor preponderante na prevenção de várias doenças e na promoção da saúde física e mental. Neste sentido Mota et al. (2006) referem que a actividade física regular é um factor de extrema importância para o estímulo de funções essenciais no organismo, reduzindo o risco

de doenças crónicas e degenerativas como diabetes, hipertensão, osteoporose, desordens metabólicas bem como de diferentes estados emocionais lesivos como a depressão e outras.

Para Rauchback (2001, Cit. por Pereira, 2009, p. 2)

...o tempo altera o desempenho físico, mas a prática regular de actividade física restringe tal alteração e, nesse sentido, mesmo que não se assegure o prolongamento do tempo de vida, ela garante a manutenção das capacidades físicas, oferecendo protecção á saúde nas fases subsequentes da vida, contribuindo para a recuperação de determinadas funções orgânicas.

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde lançou as directrizes (orientações de Heidelberg) para promover a actividade física em idosos, onde salientou os seus benefícios, que a seguir se sintetizam:

Benefícios Físicos:

- Melhorias substanciais em quase todos os aspectos do funcionamento cardiovascular (...) e fortalecimento muscular (...)
- Estimula a amplitude de movimento e auxilia na conservação e restauração da flexibilidade (...)
- Ajuda a prevenir e / ou adiar o declínio do equilíbrio e coordenação (...)
- Ajuda a adiar a desaceleração comportamental (...)

Benefícios Psicológicos

- Promove o Relaxamento e reduz o stress e a ansiedade (...)
- Melhoria do Bem-estar geral (...) e da saúde mental (...)
- Melhoria Cognitiva (...) pode ajudar a adiar problemas relacionadas com o envelhecimento cerebral (...)

Benefícios Sociais

- Capacita os indivíduos mais idosos, ajudando-os a desempenhar um papel mais activo na sociedade, bem como a aquisição de novos papéis positivos.
- Promove a integração Social e estimula a formação de novas amizades.

Shepard (2002, Cit. por Soares, 2009) conclui que o exercício físico regular no indivíduo idoso melhora a qualidade de vida, maximiza funções, prolonga a independência e minimiza ou reverte os impactos adversos do processo de envelhecimento a nível físico, psicológico e social.

Comungando desta opinião Mazo (2008) refere que o exercício físico/actividade física são formas de contrariar o sedentarismo, doenças e incapacidades resultantes do aumento da idade, e por outro lado, ajuda a diminuir os anos de dependência funcional e a reduzir o risco de patologias agudas ou crónicas.

Mota et al. (2006, p.132) enfatizam que:

...as actividades físicas e desportivas surgem como um elemento potencializador da qualidade de vida da pessoa idosa, na medida em que o seu nível de independência funcional ou de qualidade de vida está dependente da sua capacidade de manter autonomamente as diferentes facetas da sua actividade diária.

Nesta linha de pensamento Matsudo, Matsudo e Neto (2000, p. 22) referem que:

Grande parte das evidências epidemiológicas sustentam um efeito positivo de um estilo de vida activo e/ou do envolvimento dos indivíduos em programas de actividade física e exercício na prevenção e minimização dos efeitos deletérios do envelhecimento, os cientistas enfatizam, cada vez mais, a necessidade de que a actividade física seja parte fundamental dos programas mundiais de promoção da saúde.

Carvalho (1999) corrobora esta ideia ao afirmar que uma vez que um desempenho motor está associado a uma boa qualidade de vida, a prática regular e orientada de actividade física nesta faixa etária torna-se fundamental.

Também Soares (2009) conclui que a actividade física/exercício físico surge como factor potencializador da qualidade de vida da pessoa idosa, na medida em que o seu nível de dependência funcional e de qualidade de vida está dependente da sua capacidade de manter de uma forma autónoma os diferentes aspectos da sua actividade quotidiana.

Mazo (2008) sintetiza que o exercício físico potencia as capacidades físicas e funcionais importantes para realizar as AVD, para além disso, ajuda a melhorar a auto-estima, auto-imagem, auto-eficácia, auto-conceito, a alegria de viver e a qualidade de vida. Refere ainda que tudo isto acontece dado que a possibilidade de realizar as AVD e ter uma vida fisicamente activa, tem um efeito positivo sobre o que a pessoa sente, sobre a sua auto-avaliação e sobre o que os outros vêem.

Mota et al. (2006) referem que a actividade física pode ser um elemento útil, ajudando os idosos a um melhor ajustamento às alterações do seu papel na sociedade, quer do ponto de vista profissional, mas também do ponto de vista familiar.

Em suma, para além dos benefícios da actividade física como medida preventiva de saúde a nível físico e fisiológico, na prevenção ou redução de inúmeros declínios funcionais

e na melhoria das capacidades motoras, podem ir mais além, já que a actividade física pode ser um instrumento muito valioso para se conseguir um equilíbrio nos domínios psíquico e social, ou seja pode ser um factor preponderante na promoção da saúde e da qualidade de vida do idoso.

Diversos estudos realizados indicam que a participação do idoso em programas de actividade física tem um efeito positivo na sua qualidade de vida (RIBEIRO, 2002; MAZO, 2003; TOSCANO, OLIVEIRA 2009).

No estudo realizado em Portugal por Mota et al. (2006), concluíram que os idosos que participam em actividade física regular e estruturada têm uma maior QVRS em todas as suas dimensões (MOS SF-36), do que os idosos que não participam.

Num trabalho de revisão de pesquisa efectuado por Rejeski e Mihalko (2001) encontraram evidências indirectas da influência da actividade física sobre a QVRS, indicando efeitos positivos do exercício físico sobre os domínios da qualidade de vida no âmbito da saúde física e da saúde mental. Na revisão dos referidos autores há elevado número de trabalhos que estabelecem relações positivas do estilo de vida activo com as actividades de vida diária e no domínio das funções físicas, cognitivas e sociais.

Mazo (2008) revisou vários estudos realizados a nível mundial em que se relacionava a QVRS do idoso com a realização de actividade física regular e concluiu que existem evidências epidemiológicas que sustentam o efeito positivo de um estilo de vida activo e/ou do envolvimento dos indivíduos em programas de actividade física ou de exercício físico na prevenção e minimização dos efeitos deletérios do envelhecimento e portanto numa melhor qualidade de vida.

Também Motl e McAuley, (2010) num artigo de revisão sobre actividade física, incapacidade e qualidade de vida em adultos mais velhos, concluíram que existe uma taxa alarmante de inactividade física, particularmente naqueles que tiveram um envelhecimento com alguma incapacidade. Concluíram também que há fortes evidências para efeitos benéficos da actividade física, sobre a incapacidade, a funcionalidade e certos aspectos da qualidade de vida, particularmente aqueles relacionados com a saúde, mas que não há evidências conclusivas sobre o efeito benéfico da actividade física na incapacidade e qualidade de vida global dos adultos mais velhos.

2ª PARTE

TRABALHO EMPÍRICO

5 – METODOLOGIA

Este capítulo destina-se a delinear a abordagem metodológica científica adequada á investigação que se pretende desenvolver. A este propósito, Fortin (2003) refere que esta fase do trabalho de investigação é a forma de operacionalizar, através de um conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração e o desenvolvimento da investigação científica.

5.1 - CONTEXTUALIZAÇÃO E OBJECTIVOS DO ESTUDO

Entende-se que a temática central deste trabalho assume particular relevância no actual panorama de envelhecimento populacional e do aumento do número de idosos dependentes, associado a uma maior longevidade e a um aumento do sedentarismo. Pois tal como refere Fonseca (2005, Cit. por Paul e Fonseca, 2005) apesar de ser inegável que o envelhecimento é essencialmente caracterizado por um período de perdas, não deixa de ser verdade que pouca atenção tem sido dada à consideração de medidas preventivas no sentido do controlo e da redução dessas perdas, acentuando não tanto os efeitos negativos da velhice, mas antes as características da pessoa que envelhece e que é, até ao fim, uma “pessoa em desenvolvimento”.

Indubitavelmente a enfermagem, particularmente o enfermeiro de reabilitação (de acordo com as suas competências), podem desempenhar um papel importante nesta área, não só na reabilitação do idoso com algum grau de dependência ou incapacidade, mas também devem apostar cada vez mais na vertente preventiva da incapacidade do idoso, através da promoção de um envelhecimento activo e saudável e da implementação/accompanhamento de programas de actividade física regular adaptados ao idoso.

Considerando a relevância da temática da qualidade de vida na sociedade actual, bem como a importância de proporcionar aos idosos um envelhecimento saudável, em que os níveis da capacidade física funcional são fundamentais como forma de prevenir a dependência, importa perceber melhor o processo do envelhecimento e as variáveis que mais podem influenciar a qualidade de vida do idoso.

Tendo por base esta problemática, formulamos as seguintes questões de investigação:

- ✓ Qual a influência das variáveis sócio-demográficas nas dimensões da qualidade de vida dos idosos a viver de forma autónoma na comunidade, no Concelho de Viseu?
- ✓ Qual a influência da actividade física nas dimensões da QVRS dos idosos a viver de forma autónoma na comunidade, no Concelho de Viseu?

Tendo em conta o âmbito do nosso estudo, as questões de investigação e as limitações que um trabalho desta natureza impõe, definimos os seguintes objectivos:

- Conhecer as características sócio-demográficas da população idosa a viver de forma autónoma na comunidade, no Concelho de Viseu (população idosa em estudo).
- Avaliar a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) nas suas dimensões, da população idosa em estudo.
- Caracterizar a actividade física habitual desse segmento populacional.
- Verificar a existência de relações entre as variáveis (sócio-demográficas - nível de actividade física habitual – prática desportiva), e as dimensões da QVRS do idoso.

5.2 - TIPO DE ESTUDO

Para tentar responder a estas questões desenvolveu-se este trabalho de investigação, que é um estudo quantitativo, transversal e descritivo-correlacional. É transversal porque foca um único grupo representativo da população em estudo e os dados são recolhidos num único momento. É descritivo porque pretende descrever algumas características da população idosa num determinado momento, mas também é correlacional, pois procura verificar as relações entre as variáveis, examinando o papel da actividade física nas dimensões da QVRS dos idosos e, simultaneamente, precisar a grandeza dessa relação através de análises estatísticas de correlação.

5.3 - HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

De acordo com o problema em estudo, e com base na pesquisa bibliográfica, elaboramos as seguintes hipóteses, que pretendemos estudar:

- H1 - Existe relação entre as variáveis sócio-demográficas (Idade; género; estado civil; escolaridade; residência; nível de exigência física da profissão anterior) e as dimensões da QVRS do idoso.

- H2 – O nível habitual de actividade física nos idosos influencia as dimensões da sua QVRS.
- H3 - Os idosos que praticam actividade desportiva diferem dos que não praticam ao nível das dimensões da QVRS.

5.4 - VARIÁVEIS

Neste estudo a variável dependente é a **QVRS do idoso nas suas dimensões**.

As variáveis independentes podem ser divididas em 2 grupos:

- Variáveis Sócio - demográficas

- Idade
- Género
- Estado civil
- Escolaridade
- Residência
- Profissão (nível de exigência física da profissão anterior)

- Variáveis em contexto clínico

- Actividade física habitual
- Actividade desportiva

5.4.1 – Operacionalização das variáveis

Fortin (2003) salienta a importância da operacionalização das variáveis, não apenas com a função de permitir a sua medição, mas porque permitem a interacção entre a teoria e a observação.

Variável Dependente: QVRS do idoso nas suas dimensões.

Neste estudo como pretendemos direccionar a qualidade de vida do idoso para a vertente da percepção de saúde (física, psíquica e social), mobilidade, actividade física e social, operacionalizou-se com a designação de QVRS.

Face ao conceito multidimensional de QVRS, existe entendimento de que uma definição operativa se alcança pela identificação das componentes incluídas no conceito definido e pela determinação do conjunto diferenciado de processos de as medir, em função disso, é coerente a escolha do modelo de medição MOS SF-36, cujo formato representa oito

dos conceitos mais importantes em saúde e QVRS (já anteriormente desenvolvido) e que incorporam as componentes físicas, psicológica e social.

Nesse sentido esta variável foi avaliada com recurso ao instrumento de avaliação MOS SF-36 versão curta, que é um modelo de medição de saúde, mas também muito utilizado em todo o mundo para avaliar as dimensões da QVRS, principalmente na área do idoso.

Ferreira (1998) referindo-se ao modelo MOS SF-36, evidencia que o seu conteúdo, tanto referente à saúde física como mental, a sua robustez psicométrica e a sua relativa simplicidade são factores que facilitam a sua utilização. Esta escala foi adaptada e validada para a população Portuguesa por este autor.

Paschoal (2000) considera o MOS SF-36 um bom instrumento genérico de qualidade de vida relacionada com saúde, salientando que está muito disseminado e validado em diferentes contextos em todo o mundo.

Neste estudo a variável QVRS não é uma variável autónoma que seja avaliada directamente. Como conceito global e multidimensional, e em função do instrumento de avaliação adoptado, só se lhe pode aceder por inferência dos resultados das 8 sub-escalas que o compõem.

Ferreira (1998) referindo-se ao MOS SF-36, salienta que os dados em bruto provenientes da codificação das respostas ao questionário não estão, à partida e de imediato, em condições de serem usados. Há que os fazer passar por um procedimento que os torne coerentes e interpretáveis em futuras manipulações. Em anexo apresenta-se o quadro de codificação e transformação dos resultados do MOS SF-36 descrito por este autor. (ANEXO I).

De acordo com este mesmo autor para se obter o resultado de cada sub-escala (dimensão), somam-se as pontuações de cada resposta dos itens que a compõem. Os valores das escalas são depois transformados para uma escala de 0 a 100 através da seguinte fórmula:

$$\text{Escala transformada} = \frac{\text{SOMA} - \text{MÍNIMO}}{\text{MÁXIMO} - \text{MÍNIMO}} \cdot 100$$

A SOMA corresponde à soma dos itens dessa escala, depois de transformados quando necessário; o MÍNIMO e MÁXIMO, correspondem à soma dos valores apresentados, respectivamente, pelas respostas nas colunas (5) e (6) do quadro do ANEXO I.

O valor obtido, numa escala de 0 a 100, corresponde à percentagem da pontuação total possível. Assim, quanto mais baixos forem esses valores, pior será a QVRS do sujeito, no que se refere à dimensão em análise.

Variáveis Independentes de contexto clínico:

- Actividade física habitual

Diversos instrumentos de medição da actividade física têm sido utilizados para medir as várias dimensões e atributos da actividade física, no entanto a maior parte desses instrumentos têm-se focado na quantidade de energia gasta, através de avaliações objectivas.

Neste estudo por uma questão metodológica optou-se por uma avaliação através de questionário, o denominado Questionário de Baecke Modificado. Trata-se de um questionário elaborado por Baecke et al. (1982) e modificado por Vorrips et al. (1991), que permite avaliar a actividade física habitual do indivíduo no último ano, tratando-se no entanto de uma avaliação subjectiva. Contudo este questionário tem critérios objectivos para validar as medidas de actividade subjectiva.

O questionário de actividade física é tipicamente escolhido para os estudos da população, porque permite avaliar a actividade física total do indivíduo nas diferentes dimensões; porque não altera o comportamento do indivíduo examinado; é prático (implica um custo de estudo razoável e uma conveniência de participação) e é preciso – (válido e fiável). Foi também justificada a utilização neste estudo do questionário de Baecke Modificado pelo facto de estar validado para o escalão etário do nosso trabalho e ter sido aplicado em vários estudos recentes em Portugal e no estrangeiro. Foi validado através de acelerometria na população idosa Portuguesa por Azevedo (2009).

O questionário de Baecke Modificado é composto pela seguinte estrutura:

- Uma primeira parte em que são avaliadas as actividades domésticas diárias, constituída por dez itens, e é respondida numa escala tipo "Likert";
- Uma segunda parte refere-se às actividades de tempo livre;
- Uma terceira parte aborda questões relativas à prática de actividades desportivas;

Segundo Azevedo (2009) a cada uma destas componentes da actividade física corresponde um Score. O Score da Actividade domestica resulta do somatório do valor de cada questão, a dividir pelo número de questões, que são dez. De acordo com a seguinte fórmula:

- Score das Actividades Domésticas = $(Q1+Q2 \dots+Q10)/10$, em que Q_i , $i=1,2, \dots 10$ são os itens do questionário.

O Score das Actividades de Tempos Livres e o Score da Actividade desportiva são caracterizados em função da intensidade, do número de horas semanais e do número de meses por ano de prática, de acordo com o correspondente quadro de códigos (ANEXO II). Para se obter cada um destes Score, recorreremos às seguintes fórmulas:

- Score das Actividades Desportivas = (a. b. c.)

- Score das Actividades de Tempos Livres = (a. b. c.)

Em que (a) é a intensidade, (b) o número de horas por semana e (c) o número de meses por ano. O nível de actividade física habitual corresponde ao somatório destas três componentes.

Estes são os indicadores que estão na base da codificação dos dados recolhidos nos questionários (textos constantes no questionário de Baecke), possibilitando a clarificação do sentido com que cada um realiza as práticas físicas, de forma a poder decidir-se se devem ou não ser consideradas práticas de actividade física de tempo livre ou desportiva.

É aceite que a medição da actividade física habitual é um processo complexo, que deve envolver os diversos tipos de actividade (ocupacionais e de lazer) e as componentes, frequência, duração e intensidade, considerando ainda os pressupostos circunstanciais em que se desenvolve.

- Actividade desportiva

É consensual que são muitas as dificuldades para definir desporto, dado que este circunscreve uma grande variedade de facetas, contornos e sentidos, o que obriga a ter que o considerar nas suas variadas formas.

Neste estudo foram considerados como critérios de inclusão na categoria de praticantes de actividades desportivas, os seguintes:

- Fazê-lo com uma duração mínima de 2 horas semanais e durante, também no mínimo, 9 meses no último ano.

- Realizar uma actividade que respeite os atributos caracterizadores de desporto, enunciados na revisão bibliográfica e que se enumeram a seguir:

- Ser voluntária e lúdica;

- Habitual (ou de prática regular);

- Não utilitária (no sentido laboral ou ocupacional do termo);
- Provocar um aumento substancial de dispêndio de energia;

Variáveis sócio-demográficas

Área de residência - Optamos pela classificação da Câmara Municipal de Viseu, que divide as freguesias do seu concelho em freguesias predominantemente urbanas, freguesias mediantemente urbanas e freguesias predominantemente rurais. Com base nesta classificação considerou-se residência em zona urbana os idosos a residir em freguesias definidas como predominantemente urbanas e mediantemente urbanas (20 freguesias), e residência em zona rural, os idosos a residir em freguesias definidas predominantemente rurais (13 freguesias).

Idade – A idade foi considerada uma variável contínua, contudo para melhor caracterizar a amostra, foi operacionalizada em termos de grupos etários, sendo que se considerou pertinente a divisão da amostra em termos de grupos de 5 em 5 anos, tendo início nos 65 anos e terminus nos 85 anos (idade máxima da amostra).

Profissão/ Nível de exigência física da anterior profissão - Atendendo que pretendíamos relacionar o nível de exigência física da sua antiga profissão (principal) com a QVRS, optamos por categorizar em três níveis: Sedentária/leve, moderada e pesada. Assim profissões como secretárias, telefonistas, administradores, professores – foram consideradas profissões leves/sedentárias. Empregada doméstica e trabalhadores do comércio foram consideradas profissões com um nível de exigência moderada. Finalmente, agricultores, operários da construção civil e metalúrgicos – foram considerados actividades com nível de exigência pesado.

5.5- POPULAÇÃO E AMOSTRA

População

A população alvo deste estudo são todos os sujeitos idosos com idade igual ou superior a 65 anos, independentes nas AVD e a residir autonomamente no seu domicílio no concelho de Viseu.

Amostra:

Trata-se de uma amostra não probabilística por conveniência, em que metade desta tinha residência na zona considerada urbana do concelho de Viseu e a outra metade na zona rural.

Critérios de inclusão:

- Idade superior ou igual a 65 anos;
- Voluntários;
- Conscientes, orientados e lúcidos.
- Sem alteração significativa da acuidade visual.
- Utentes não dependentes nas AVD – Foram considerados como idosos não dependentes, aqueles que podem realizar, sem ajuda significativa, as tarefas mais básicas do dia-a-dia (andar, sentar e levantar, tomar banho, comer, vestir e despir).
- Sem problemas físicos ou mentais que impeçam uma prática regular de actividade física.
- Sem padecerem de patologias graves, em fase aguda, que influenciem significativamente o seu estado funcional, físico ou psicológico, particularmente Acidente Vascular Cerebral (com sequelas motoras significativas) ou Enfarte Agudo do Miocárdio recente, ou ainda síndrome depressivo agudo.

5.6- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para a realização deste estudo foi elaborado um instrumento de colheita de dados (ANEXO III), sob a forma de formulário, por se entender ser esta a melhor alternativa face à idade dos participantes e à sua escolaridade, factores que poderiam comprometer a adequada compreensão das perguntas, produzindo resultados incorrectos.

Este formulário encontra-se estruturado em três partes. A primeira parte destina-se a caracterizar a amostra a nível sócio-demográfico. Na segunda parte foi utilizado o questionário de Baecke Modificado, que permite avaliar a actividade física habitual do idoso. A terceira parte diz respeito à colheita de informações que vai poder caracterizar a amostra quanto à QVRS, tendo-se optado pelo questionário MOS SF-36, já anteriormente descrito.

5.7– PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS

Para a realização do trabalho de recolha de dados, tendo em vista o cumprimento dos procedimentos éticos necessários, contactamos pessoalmente na rua os idosos em estudo, tendo-lhes sido explicado, de forma sucinta e clara, em que consistia o estudo e os seus objectivos.

Um problema ético, que uma investigação desta natureza realizada na rua coloca, prende-se com a invasão de privacidade dos idosos. A protecção do direito dos idosos à privacidade foi assegurada através da garantia do anonimato. Outra questão que se reveste de alguma importância, prende-se com o que habitualmente se designa por “consentimento informado”. No presente estudo o “consentimento informado” obteve-se através da solicitação aos idosos do seu consentimento para participar no estudo. Assumimos perante os mesmos, a completa confidencialidade dos dados e dos resultados obtidos no estudo. Contudo temos que assumir que embora inicialmente fosse nosso objectivo que o consentimento fosse escrito, tal não foi possível, pois perante tal cenário, houve uma grande relutância e mesmo indisponibilidade em participar no estudo da parte dos idosos, pelo que se optou pelo consentimento verbal. O mesmo se passou relativamente à caracterização socioeconómica do idoso, perante as recusas em responder a estas perguntas, optou-se por retirar as questões relacionadas com remunerações ou nível económico do questionário.

5.8 – ESTRATÉGIA DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados deste estudo foram tratados, tendo por base a análise descritiva e a análise estatística inferencial. Sendo que a primeira foi utilizada para melhor caracterizar a amostra, e a segunda serviu para testar as hipóteses.

De forma a otimizar a organização e a melhor compreensão dos dados e dos resultados deste estudo, estes serão apresentados através de tabelas. Das quais se omitirão a fonte, na medida em que todas foram elaboradas pelos autores deste trabalho, com base nos resultados obtidos.

Na análise descritiva foram utilizadas, medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão e variância).

Os dados referentes a estatística inferencial foram tratados informaticamente, recorrendo ao programa de tratamento estatístico PASW 18 (Predictive Analytics SoftWare).

Foram utilizados testes estatísticos de correlação entre as variáveis, onde também se usaram os seguintes níveis de significância:

- $p \geq 0,05$ – não significativo
- $p < 0,05$ – significativo
- $p < 0,01$ – bastante significativo
- $p < 0,001$ – altamente significativo

6 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo é constituído por duas partes fundamentais: a primeira, onde se fará a descrição das características gerais da amostra (análise descritiva) e, a segunda, corresponde à verificação da existência de relações entre as dimensões da QVRS e a variável nível de actividade física habitual do idoso, prática desportiva e variáveis sócio-demográficas, através da aplicação de testes estatísticos (análise inferencial).

A apresentação dos dados e dos resultados será feita com recurso a tabelas, precedida da respectiva análise.

6.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

Pela análise da Tabela 1 podemos observar que a idade média da amostra situa-se nos 72,19 anos, com um mínimo de 65 anos e um máximo de 85, e com um desvio padrão de 5,32.

Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo Idade

VARIÁVEL	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Variância
Idade	52	65	85	72,19	5,32	28,31

Da análise da tabela 2 podemos verificar que o nível de actividade física da amostra apresenta uma média a situar-se nos 3,67, com um mínimo de 0,20 e um máximo de 13,10, com um desvio padrão de 3,26, e uma variância de 10,63. Estes dados revelam uma média do nível de actividade física habitual baixa em relação ao nível máximo de actividade física habitual da amostra.

Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo o nível de actividade física habitual

VARIÁVEL	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Variância
Nível de actividade física habitual	52	0,20	13,10	3,67	3,26	10,63

Para poder caracterizar melhor a amostra quanto ao nível de actividade física optou-se por criar categorias de acordo com o nível de actividade física habitual mínimo e máximo da amostra (entre 0,20 e 13,10) por distribuição percentilica. Procedimento apresentado na Tabela (3). Foram considerados 5 categorias: o grupo dos idosos muito activos, o grupo dos idosos activos, o grupo dos idosos moderadamente activos e o grupo dos idosos pouco activos. Da análise da Tabela 3 podemos verificar que 65,38% da amostra pertence ao grupo dos pouco activos, 19,23% aos moderadamente activos, 9,62% aos activos, e somente 5,77% pertence ao grupo dos muito activos.

Tabela 3 – Distribuição percentilica do Nível de Actividade Física Habitual por categorias, relativamente à amostra

Categorias	Nível de A F H	AMOSTRA	
		N	%
Muito Activos	>9,87	3	5,77%
Activos	>6,65 e <9,88	5	9,62%
Moderadamente Activos	>3,42 e <6,66	10	19,23%
Pouco Activos	<3,43.	34	65,38%
Total		52	100%

Para melhor compreender as características da nossa amostra, optamos por apresentar na mesma Tabela (Tabela 4), as variáveis sócio-demográficas em estudo, em função das categorias do nível habitual de actividade física do idoso, elaboradas a partir da classificação dos idosos por distribuição percentilica do nível de actividade física.

Em relação à variável idade podemos observar que 44,23% da amostra se situava entre os 65-70 anos e 28,85% entre os 71-75 anos. As faixas etárias menos representativas, são a dos 81-85 anos (7,69%) e a dos 75-80 anos (19,23%). Podemos verificar também que os idosos activos ou muito activos são todos da faixa etária dos 65-70 anos, pelo contrário os pouco activos já têm uma distribuição quase igualitária pelas restantes faixas etárias.

Relativamente à variável género, podemos constatar que 55,77% da amostra era constituída por idosos do género masculino e de 44,23% do género feminino. Sendo que os idosos do grupo muito activo, todos são do género feminino e mesmo no grupo dos idosos considerados activos o género feminino tem um valor percentual superior ao do masculino.

Quanto à variável estado civil, 69,23% da amostra era casada, seguida dos idosos viúvos com 25,00% da amostra. Apenas 3 idosos (5,77%) eram solteiros. Os idosos solteiros estão todos no grupo dos pouco activos ou moderadamente activos.

No caso da variável área de residência, como já anteriormente referido, a amostra está dividida de forma igualitária, em que 50% dos idosos residem numa área considerada urbana e os outros 50% numa zona considerada rural. Verifica-se ainda que todos os idosos considerados muito activos têm residência na área urbana.

Quanto à distribuição da amostra pelo nível de escolaridade, verificamos que 44,23% tinha o 1º ciclo de estudos, 19,23% eram analfabetos, e apenas 5,77% possuíam um curso médio. Todos os idosos analfabetos da amostra estão no grupo dos pouco activos.

No que concerne à variável – Nível exigência física da profissão anterior, podemos verificar que 46,15% da amostra possuía uma profissão considerada pesada e 36,54% tinha uma profissão considerada moderada em termos de exigência física e apenas 17,31% dos idosos tinha uma profissão considerada sedentária/leve.

Quanto à variável prática de actividade desportiva, constata-se que a percentagem de idosos com prática desportiva é baixa (23,08%). Podemos ainda verificar que a percentagem de idosos com prática desportiva aumenta gradualmente à medida que avançamos progressivamente nas categorias com maior nível de actividade física, concretamente 50% no grupo dos moderadamente activos, 80% nos activos e 100% nos muito activos, ou seja nesta última categoria todos os idosos têm prática desportiva. No sentido inverso os idosos considerados pouco activos, nenhum tem prática desportiva.

Relativamente à distribuição dos idosos segundo a actividade física habitual, podemos verificar que o perfil do idoso muito activo nesta amostra é a de um indivíduo que se situa entre os 65-70 anos (100%), é do género feminino (100%), casado (66,67%), reside numa zona urbana (100,0%), possui o 1º Ciclo de Estudos (66,66%), possui uma profissão com um nível de exigência moderada (100,0%), e pratica desporto (100,0%). No caso do perfil dos idosos pouco activos, este situa-se nos grupos etários dos 65-70 (29,41%), dos 71-75 (29,41%) e dos 76-80 anos (29,41%), é do género masculino (58,82%), residente numa zona rural (52,94%), com o 1º ciclo de estudos (41,18%), e com uma profissão anterior com nível de exigência física pesada (47,06%), e que não pratica desporto (100,0%).

Tabela 4 – Distribuição das variáveis (idade; género; estado civil; residência; exigência física da anterior profissão; actividade desportiva) em função do nível de A F H (categorias)

VARIÁVEIS	Categorias quanto ao Nível Actividade Física Habitual									
	Pouco Activos		Moderadamente Activos		Activos		Muito Activos		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<u>Idade</u>										
65-70	10	29,41%	5	50,00%	5	100,00%	3	100,00%	23	44,23%
71-75	10	29,41%	5	50,00%	0	0,00%	0	0,00%	15	28,85%
76-80	10	29,41%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	10	19,23%
81-85	4	11,77%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	4	7,69%
<u>Género</u>										
Masculino	20	58,82%	7	70,00%	2	40,00%	0	0,00%	29	55,77%
Feminino	14	41,18%	3	30,00%	3	60,00%	3	100,00%	23	44,23%
<u>Estado Civil</u>										
Casado	20	58,82%	9	90,00%	5	100,00%	2	66,67%	36	69,23%
Viúvo	12	35,29%	0	0,00%	0	0,00%	1	33,33%	13	25,00%
Solteiro	2	5,89%	1	10,00%	0	0,00%	0	0,00%	3	5,77%
<u>Residência</u>										
Zona Urbana	16	47,06%	4	40,00%	3	60,00%	3	100,00%	26	50,00%
Zona Rural	18	52,94%	6	60,00%	2	40,00%	0	0,00%	26	50,00%
<u>Escolaridade</u>										
Analfabeto	10	29,41%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	10	19,23%
Sabe ler/escrev.	6	17,65%	0	0,00%	2	40,00%	0	0,00%	8	15,38%
1º Ciclo estudos	14	41,18%	6	60,00%	1	20,00%	2	66,66%	23	44,23%
2º Ciclo estudos	3	8,82%	3	30,00%	2	40,00%	0	0,00%	8	15,39%
Curso Médio	1	2,94%	1	10,00%	0	0,00%	1	33,33%	3	5,77%
<u>Exigência Fis. profissional</u>										
Sedentária/Leve	4	11,76%	3	30,00%	2	40,00%	0	0,00%	9	17,31%
Moderada	14	41,18%	1	10,00%	1	20,00%	3	100,00%	19	36,54%
Pesada	16	47,06%	6	60,00%	2	40,00%	0	0,00%	24	46,15%
<u>Actividade Desportiva</u>										
Não pratica	34	100,00%	5	50,00%	1	20,00%	0	0,00%	40	76,92%
Pratica	0	0,00%	5	50,00%	4	80,00%	3	100,00%	12	23,08%

Pela análise da Tabela 5 podemos observar que 44,23% da amostra pratica algum tipo de actividade de tempos livres e 23,08% pratica algum tipo de actividade desportiva. Por outro lado, 61,54% da amostra não pratica qualquer tipo de actividade física regular, nem de tempos livres nem desportiva.

Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo a prática de Actividade física de Tempos Livres e/ou Actividade Desportiva

Prática de Actividade física?	Actividade Física de Tempos Livre (AFTL)		Actividade Física Desportiva (AFDp)		AFTL ou AFDp	
	N	%	N	%	N	%
Praticam	23	44,23	12	23,08	20	38,46
Não Praticam	29	55,77	40	76,92	32	61,54
Total	52	100,00	52	100,0	52	100,00

Na Tabela 6 são apresentadas as actividades físicas de tempo livre realizadas, sendo que existem idosos, com mais do que uma actividade, assim elas encontram-se divididas em 1ª e 2ª, de acordo com a importância atribuída pelo idoso. Das actividades de tempos livres praticadas, verifica-se que do total de idosos com AFTL 56,52% faz horticultura, 39,13% passeia a pé e 13,04% anda de bicicleta. Importa justificar que foi incorporada como actividade de tempos livres a actividade “andar de Bicicleta” e “passear a pé” na medida em que os idosos que tinham estas actividades, não as realizavam de forma a preencher os requisitos caracterizadores de actividade desportiva (anteriormente enunciados).

Tabela 6 – Distribuição da amostra pelo tipo de actividade física de tempos livres

Tipo de actividade física de tempos livres	1ª ATL		2ª ATL		Total	
	N	%	N	%	N	%(N=23)
Andar de Bicicleta	1	4,35	2	66,67	3	13,04
Horticultura	13	56,52			13	56,52
Horticultura e jardinagem	1	4,35			1	4,35
Passear a pé	8	34,78	1	33,33	9	39,13
Total	23	100,00	3	100,00	26	

Na Tabela 7 são evidenciadas as actividades desportivas realizadas, sendo que existem idosos, com mais do que uma actividade, assim elas encontram-se divididas em 1ª e 2ª, de acordo com a importância atribuída pelo idoso. Quanto às Actividades desportivas realizadas, verificamos que dos idosos com prática desportiva, 83,34% realizam caminhadas, 16,67% fazem hidroginástica, 8,33% praticam dança, e também 8,33% fazem ciclismo.

Tabela 7 – Distribuição da amostra pelo tipo de actividade física desportiva

Tipo de actividade física desportiva	1ª Activ. Desportiva		2ª Activ. Desportiva		Total	
	N	%	N	%	N	%(N=12)
Caminhada	10	83,34			10	83,34
Dança	1	8,33			1	8,33
Hidroginástica	1	8,33	1	50,00	2	16,67
Ciclismo			1	50,00	1	8,33
Total	12	100,00	2	100,00	14	

Quando comparamos os valores dos diferentes tipos de actividade física dos idosos da amostra pela área de residência, podemos observar (Tabela 8) que ao nível do Score da actividade doméstica, os idosos a residir numa zona urbana apresentam uma média de 1,34, um mínimo de 0,40 e um máximo de 2,40, enquanto os que residem numa zona rural apresentam uma média de 1,37, um mínimo de 0,20 e um máximo de 2,40.

Relativamente ao Score de actividades de tempo livre, os idosos a residir numa zona urbana apresentam uma média de 0,43, um mínimo de 0,00 e um máximo de 2,01, enquanto os que residem numa zona rural apresentam uma média de 1,26, um mínimo de 0,00 e um máximo de 5,97.

Ao nível do Score de actividades desportivas, os idosos a residir numa zona urbana apresentam uma média de 2,62, um mínimo de 0,00 e um máximo de 10,70, enquanto os que residem numa zona rural apresentam uma média de 0,31, um mínimo de 0,00 e um máximo de 5,66.

Quanto ao Nível Habitual de Actividade Física, os idosos a residir numa zona urbana apresentam uma média de 4,39, um mínimo de 0,40 e um máximo de 13,10, enquanto os que residem numa zona rural apresentam uma média de 2,94, um mínimo de 0,20 e um máximo de 9,40.

Tabela 8 – Distribuição do Score de Actividade Física Doméstica; do Score Actividade Física de Tempos Livres; do Score Actividade Física Desportiva; do Nível Habitual de Actividade Física, segundo o Local de Residência dos idosos

Scores de Actividade física		Residência		Total
		Zona Urbana	Zona Rural	
Score de Actividade Física Doméstica	N	26	26	52
	Mínimo	0,40	0,20	0,20
	Máximo	2,40	2,40	2,40
	Média	1,34	1,37	1,36
	Desvio Padrão	0,62	0,58	0,60
	Variância	0,39	0,34	0,36
Score Actividade Física de Tempos Livres	N	26	26	52
	Mínimo	0,00	0,00	0,00
	Máximo	2,01	5,97	5,97
	Média	0,43	1,26	0,85
	Desvio Padrão	0,74	1,52	1,25
	Variância	0,54	2,31	1,57
Score Actividade Física Desportiva	N	26	26	52
	Mínimo	0,00	0,00	0,00
	Máximo	10,70	5,66	10,70
	Média	2,62	0,31	1,46
	Desvio Padrão	3,79	1,18	3,01
	Variância	14,36	1,39	9,09
Nível Habitual de Actividade Física	N	26	26	52
	Mínimo	0,40	0,20	0,20
	Máximo	13,10	9,40	13,10
	Média	4,39	2,94	3,67
	Desvio Padrão	3,90	2,32	3,26
	Variância	15,21	5,39	10,63

Relativamente a distribuição da amostra segundo as Dimensões da QVRS, os dados da Tabela 9 mostram que as dimensões que apresentaram melhores médias foram o Desempenho Emocional (86,54), Função Social (77,88) e Dor Corporal (77,10), e médias

mais baixas ao nível do Saúde Geral (43,31) Vitalidade (50,77) e do Desempenho Físico (64,90), destacando-se a dimensão saúde geral, em que a média é mesmo inferior a 50.

Existem também algumas dimensões em que observamos que há idosos na amostra com níveis de qualidade de vida mensurada ao nível de Zero, são o caso da dimensão Desempenho Físico e Desempenho emocional.

Tabela 9 – Distribuição da amostra segundo as dimensões da QVRS (modelo MOS SF 36)

Dimensões da QVRS	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Variância
Função Física	52	30	100	74,52	18,87	356,14
Desempenho Físico	52	0	100	64,90	35,44	1256,36
Dor Corporal	52	31	100	77,10	20,06	402,48
Saúde Geral	52	10	85	43,31	19,77	390,92
Vitalidade	52	30	95	50,77	15,54	241,55
Função Social	52	25	100	77,88	19,74	389,80
Desempenho Emocional	52	0	100	86,54	28,97	839,20
Saúde Mental	52	36	96	74,69	13,18	173,63

Na Tabela 10 optou-se por definir categorias percentílicas de atributo quanto ao nível de qualidade de vida para cada dimensão, relacionando-as com a quantidade de idosos que tinham esse nível de qualidade de vida nessa dimensão, procurando-se perceber em que dimensões a maioria dos idosos desta amostra têm melhor qualidade de vida e aquelas onde têm pior qualidade de vida.

Da análise da Tabela 10 é possível verificar que na categoria de Boa/Muito boa QVRS as dimensões com maior valor percentual de idosos são: o desempenho emocional (78,85%) a função social (42,31%) e a função física (40,39%), ou seja é nestas dimensões que mais idosos têm melhor qualidade de vida. Na categoria - Muito baixa QVRS, as dimensões com maior valor percentual de idosos são a vitalidade (46,15%), a saúde geral (30,77%) e o desempenho físico (28,85%), ou seja é nestas dimensões que mais idosos têm pior qualidade de vida.

Tabela 10 – Distribuição da amostra segundo as categorias percentílica do nível de QVRS, para cada dimensão

Dimensões da QVRS	Categorias quanto ao Nível de QVRS									
	Muito Baixa <25%		Fraca >25% <50%		Moderada >50% <75%		Boa/Muito Boa >75%		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Função Física	4	7,69%	13	25,00%	14	26,92%	21	40,39%	52	100,00%
Desempenho Físico	15	28,85%	6	11,54%	11	21,15%	20	38,46%	52	100,00%
Dor Corporal	4	7,69%	10	19,23%	20	38,46%	18	34,62%	52	100,00%
Saúde Geral	16	30,77%	14	26,92%	15	28,85%	7	13,46%	52	100,00%
Vitalidade	24	46,15%	17	32,69%	10	19,23%	1	1,93%	52	100,00%
Função Social	4	7,69%	4	7,69%	22	42,31%	22	42,31%	52	100,00%
Desempenho Emocional	3	5,77%	4	7,69%	4	7,69%	41	78,85%	52	100,00%
Saúde Mental	3	5,77%	7	13,46%	29	55,77%	13	25,00%	52	100,00%

6.2 – ANÁLISE INFERENCIAL

Após a apresentação e análise descritiva dos dados que foram obtidos, procederemos à verificação das hipóteses, por nós formuladas, e à análise exploratória dos dados, através da estatística inferencial, tendo em vista a generalização das conclusões à população de onde foi seleccionada a amostra.

O teste de *Kolmogorov-Smirnov* foi utilizado para definir a normalidade da distribuição da amostra. Pela análise da Tabela 11 verificamos que a distribuição de dados referentes à variável dependente (QVRS do idoso nas dimensões) não se encontra dentro da normalidade ($p < 0,05$) em todas as suas dimensões uma vez que, com excepção das dimensões Saúde Geral e Saúde Mental que apresentam um nível de significância superior a 0,05, todas as restantes dimensões apresentam níveis de significância inferiores a este

nível, pelo que optamos por utilizar os testes não paramétricos para testar as hipóteses formuladas no nosso estudo.

Tabela 11 – Teste de Normalidade da amostra de Kolmogorov-Smirnov

Dimensões da QVRS	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Statistic	df	Sig.
Função Física	0,179	52	0,000
Desempenho Físico	0,224	52	0,000
Dor Corporal	0,219	52	0,000
Saúde Geral	0,117	52	0,073
Vitalidade	0,251	52	0,000
Função Social	0,211	52	0,000
Desempenho Emocional	0,467	52	0,000
Saúde Mental	0,118	52	0,068

a. Correção de Significância de Lilliefors

Dado que na amostra a variável dependente (QVRS do idoso nas suas dimensões) não apresenta uma distribuição dentro da normalidade, assim irão ser usados testes não paramétricos para estabelecer as relações entre as variáveis: Correlação de Spearman, Teste U Mann Whitney e Teste de Kruskal Wallis.

As hipóteses foram testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5% ($p=0,05$). Este nível de significância permite-nos afirmar com uma "certeza" de 95%, caso se verifique a validade da hipótese em estudo, a existência de uma relação entre as variáveis. Os critérios de decisão para os testes de hipóteses, baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese, se a probabilidade for inferior a 0,05 e rejeitando-se se superior a esse valor.

HIPÓTESES:

Hipótese H1 - Existe relação entre as variáveis sócio-demográficas (Idade; género; estado civil; escolaridade; residência; nível de exigência física da profissão anterior) e as dimensões da QVRS do idoso.

Esta hipótese foi decomposta, em sub-hipóteses, de forma a poder operacionalizar o seu estudo, assim testou-se individualmente cada uma das variáveis sócio-demográficas estudadas, na relação com as dimensões da QVRS do idoso.

H 1.a – Existe relação entre a variável idade e as dimensões da QVRS do idoso.

Para verificar se existe relação entre estas variáveis optou-se pelo uso da Correlação de Spearman (equivalente não paramétrico à Correlação de Pearson).

Pela análise da Tabela 12 verifica-se a existência de relações estatisticamente significativas entre a Idade e as dimensões Função Física ($r=-0,465$; $p<0,001$), Desempenho Físico ($r=-0,296$; $p=0,033$), Saúde Geral ($r=-0,319$; $p=0,021$) e Vitalidade ($r=-0,369$; $p=0,007$), observando-se uma correlação negativa, ou seja ao aumento da idade corresponde uma diminuição da qualidade de vida nestas dimensões.

Aceita-se assim parcialmente a hipótese formulada, mas apenas para as dimensões da QVRS: Função Física, Desempenho Físico, Saúde Geral e Vitalidade, na medida em que apenas estas apresentam relações estatisticamente significativas com a variável idade.

Tabela 12 – Correlação de Spearman a relacionar a idade com as dimensões da QVRS

Dimensões da QVRS	Idade		
	r	p	N
Função Física	-0,468**	0,000	52
Desempenho Físico	-0,296*	0,033	52
Dor Corporal	-0,233	0,097	52
Saúde Geral	-0,319*	0,021	52
Vitalidade	-0,369**	0,007	52
Função Social	-0,145	0,304	52
Desempenho Emocional	0,021	0,880	52
Saúde Mental	-0,083	0,558	52

** - Correlação é significativa ao nível de 0,01.

* - Correlação é significativa ao nível de 0,05.

H 1.b – Existe relação entre a variável género e as dimensões da QVRS do idoso.

Relativamente à existência de relações entre estas variáveis, optámos pela utilização do teste U Mann Whitney (equivalente não paramétrico ao Teste T Student) para comparar a variável género (variável categórica com duas categorias) com as dimensões da QVRS (variável numérica).

Verificámos pela análise da Tabela 13 que apenas ao nível da dimensão Desempenho Emocional se observam diferenças entre o género masculino e o género feminino ($p=0,006$), mas diferenças estatísticas bastantes significativas, verificando-se uma média de ranks maior nos indivíduos do género masculino. Existem assim evidências que indiciam que os indivíduos do género masculino apresentam maior QVRS, mas apenas ao nível do Desempenho Emocional.

Aceita-se assim parcialmente a hipótese formulada, mas apenas para a dimensão da QVRS - Desempenho Emocional, que é a única que apresenta uma relação estatisticamente significativa com a variável género.

Tabela 13 – Teste U Mann Whitney a relacionar a variável Género com as dimensões da QVRS

Dimensões da QVRS	Média de Ranks (Masculino)	Média de Ranks (Feminino)	p
Função Física	27,74	24,93	0,504
Desempenho Físico	26,36	26,67	0,939
Dor Corporal	29,59	22,61	0,086
Saúde Geral	29,81	22,33	0,076
Vitalidade	28,72	23,70	0,228
Função Social	27,53	25,20	0,567
Desempenho Emocional	30,19	21,85	0,006**
Saúde Mental	26,57	26,41	0,970

** - Relação é significativa ao nível de 0,01.

H 1c – Existe relação entre o estado civil e as dimensões da QVRS do idoso.

Relativamente a estas variáveis, optámos pela utilização do teste de Kruskal Wallis (equivalente não paramétrico ao Teste One-Way ANOVA) para comparar o estado civil (variável categórica com mais de duas categorias) com as dimensões da QVRS (variável numérica).

Verificámos pela análise da Tabela 14 que apenas ao nível das dimensões Função Social ($p=0,016$) e Saúde Mental ($p=0,036$) se observam diferenças ao nível do Estado Civil, observando-se médias de ranks menores entre os solteiros, sendo que os indivíduos casados apresentam média de ranks superiores face aos restantes grupos. Face a estes resultados, existem evidências que indiciam que o estado civil influencia a QVRS, nas dimensões Função Social e Saúde Mental.

Aceita-se assim parcialmente a hipótese formulada, apenas para as dimensões da QVRS: Função Social e Saúde Mental.

Tabela 14 – Teste Kruskal Wallis a relacionar o estado civil com as dimensões da QVRS

Dimensões da QVRS	Estado Civil						χ^2	p
	Casado		Viúvo		Solteiro			
	N	Média Rank	N	Média Rank	N	Média Rank		
Função Física	36	27,39	13	25,31	3	21,00	0,609	0,737
Desempenho Físico	36	27,33	13	23,54	3	29,33	0,768	0,681
Dor Corporal	36	27,85	13	21,85	3	30,50	1,867	0,393
Saúde Geral	36	27,56	13	23,92	3	25,00	0,584	0,747
Vitalidade	36	26,60	13	26,58	3	25,00	0,032	0,984
Função Social	36	29,04	13	24,62	3	4,17	8,299	0,016*
Desempenho Emocional	36	27,71	13	25,92	3	14,50	4,183	0,124
Saúde Mental	36	29,35	13	22,92	3	7,83	6,649	0,036*

* - Relação é significativa ao nível de 0.05.

H 1d – Existe relação entre o nível de escolaridade e as dimensões da QVRS do idoso.

Para esta hipótese, optámos pela utilização do teste de Kruskal Wallis para comparar a escolaridade (variável categórica com mais de duas categorias) com as dimensões da QVRS (variável numérica).

Verificámos pela análise da Tabela 15 que foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões Função Física ($p=0,021$); Desempenho Físico ($p=0,017$); Dor Corporal ($p=0,003$); Saúde Geral ($p=0,002$); Vitalidade ($p=0,033$) e o nível de escolaridade, observando-se uma média de ranks menor em geral ao nível dos indivíduos analfabetos, e uma média de ranks superior nos indivíduos com Curso Médio. Face a estes resultados, existem evidências que indiciam que o nível de escolaridade influencia a QVRS, ao nível das dimensões Função Física, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral e Vitalidade. Assim, aceita-se parcialmente a hipótese, mas apenas para estas dimensões da QVRS, que apresentam relações estatisticamente significativas com o nível de escolaridade.

Tabela 15 – Teste Kruskal Wallis a relacionar a variável nível de escolaridade com as Dimensões da QVRS

Dimensões da QVRS	Escolaridade										χ^2	p
	Analfabeto		Sabe ler ou escrever		1º ciclo estudos		2º ciclo estudos		Curso médio			
	N	Média Rank	N	Média Rank	N	Média Rank	N	Média Rank	N	Média Rank		
Função Física	10	15,75	8	19,13	23	29,74	8	34,94	3	34,67	11,510	0,021*
Desempenho Físico	10	17,20	8	20,69	23	27,35	8	35,50	3	42,50	12,094	0,017*
Dor Corporal	10	16,15	8	16,00	23	30,20	8	32,94	3	43,50	16,383	0,003**
Saúde Geral	10	12,65	8	18,81	23	30,50	8	33,81	3	43,00	17,547	0,002**
Vitalidade	10	17,85	8	22,94	23	26,02	8	36,75	3	41,17	10,511	0,033*
Função Social	10	19,35	8	18,56	23	28,89	8	34,81	3	31,00	8,230	0,084
Desempenho Emocional	10	22,25	8	18,81	23	28,39	8	32,00	3	32,00	9,141	0,058
Saúde Mental	10	19,05	8	21,00	23	29,76	8	30,19	3	31,17	5,377	0,251

** - Relação é significativa ao nível de 0,01.

* - Relação é significativa ao nível de 0,05.

H 1.e – Existe relação entre Zona de residência e as dimensões da QVRS do idoso.

Relativamente à existência de relações entre as variáveis zona de residência e a qualidade de vida, optámos pela utilização do teste U Mann Whitney (equivalente não paramétrico ao Teste T Student) para comparar a zona de residência (variável categórica com duas categorias) com as dimensões da QVRS (variável numérica).

Verificámos pela análise da Tabela 16 que apenas ao nível da dimensão Desempenho Físico se observam diferenças estatisticamente significativas, entre os indivíduos da zona urbana e da zona rural ($p=0,012$), verificando-se uma média de ranks maior nos indivíduos da zona urbana. Existem assim evidências que indiciam que os indivíduos da zona urbana apresentam maior QVRS ao nível do Desempenho Físico, em relação aos que residem na zona rural.

Assim, aceita-se parcialmente a hipótese, mas apenas para a dimensão da QVRS – Desempenho físico, sendo que para todas as restantes dimensões da QVRS não há relações estatisticamente significativas com a zona de residência do idoso.

Tabela 16 – Teste U Mann Whitney a relacionar a variável zona de residência do idoso com as Dimensões da QVRS

Dimensões da QVRS	Média de Ranks (Zona Urbana)	Média de Ranks (Zona Rural)	p
Função Física	28,65	24,35	0,302
Desempenho Físico	31,58	21,42	0,012*
Dor Corporal	26,87	26,13	0,856
Saúde Geral	28,71	24,29	0,291
Vitalidade	28,23	24,77	0,403
Função Social	29,06	23,94	0,207
Desempenho Emocional	27,08	25,92	0,700
Saúde Mental	27,06	25,94	0,789

* - Relação é significante ao nível de 0,05.

H 1.f – Existe relação entre o nível de exigência física da profissão anterior e as dimensões da QVRS do idoso.

No caso da relação entre o nível da exigência física da profissão anterior (variável categórica com mais de 2 categorias) e as dimensões da QVRS (variável numérica), optámos pelo uso do teste de Kruskal Wallis.

Pela análise da Tabela 17, podemos observar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o nível de exigência física da profissão anterior e as dimensões Desempenho Físico ($p=0,048$), Saúde Geral ($p=0,035$) e Vitalidade ($p=0,046$), observando-se uma média de ranks superior nos indivíduos com uma profissão com nível de exigência sedentária/leve em contraste com uma média de ranks inferior nos indivíduos com um nível de exigência física pesada nestas dimensões. Face a estes resultados existem evidências que indiciam que o nível de exigência física da profissão anterior influencia a QVRS ao nível das dimensões Desempenho Físico, Saúde Geral e Vitalidade. Assim pode-se aceitar parcialmente a hipótese, mas apenas para estas dimensões.

Tabela 17 – Teste Kruskal Wallis a relacionar o nível de exigência física da profissão anterior, com as dimensões da QVRS

Dimensões da QVRS	Nível de Exigência Física da Profissão Anterior						χ^2	p
	Sedentária/Leve		Moderada		Pesada			
	N	Média Rank	N	Média Rank	N	Média Rank		
Função Física	9	35,83	19	26,13	24	23,29	4,573	0,102
Desempenho Físico	9	36,39	19	26,74	24	22,60	5,866	0,048*
Dor Corporal	9	34,83	19	26,47	24	23,40	4,047	0,132
Saúde Geral	9	36,50	19	28,00	24	21,56	6,696	0,035*
Vitalidade	9	35,94	19	27,76	24	21,96	5,964	0,046*
Função Social	9	29,89	19	24,26	24	27,00	0,956	0,620
Desempenho Emocional	9	28,67	19	23,47	24	28,08	2,365	0,307
Saúde Mental	9	27,28	19	23,79	24	28,35	1,006	0,605

* - Relação é significativa ao nível de 0.05.

H2 – O nível habitual de actividade física nos idosos influencia as dimensões da sua QVRS.

Foi seleccionada a correlação de Spearman como teste entre estas duas variáveis, uma vez que se trata de um teste não paramétrico que compara uma variável numérica (nível de actividade física habitual) face a outra variável numérica (Dimensões da QVRS).

Pela análise da Tabela 18, verifica-se a existência de relações estatísticas altamente significativas entre o nível habitual de actividade física do idoso e as dimensões Função Física ($r=0,768;p<0,001$), Desempenho Físico ($r=0,518;p<0,001$), Dor Corporal ($r=0,497;p<0,001$), Saúde Geral ($r=0,654;p<0,001$), Vitalidade ($r=0,663;p<0,001$), Função Social ($r=0,515;p<0,001$) e Saúde Mental ($r=0,446;p=0,001$) observando-se uma correlação positiva, ou seja ao aumento do nível habitual de actividade física, corresponde um aumento da qualidade de vida nessas dimensões. No entanto, apenas se pode aceitar parcialmente a hipótese, na medida em que houve uma dimensão (desempenho emocional) em que não existiu uma relação estatisticamente significativa com o nível habitual de actividade física.

Tabela 18 – Correlação de Spearman a relacionar Nível Habitual de Actividade Física com as dimensões da QVRS

Dimensões da QVRS	Nível Habitual de Actividade Física		
	r	p	N
Função Física	0,768**	0,000	52
Desempenho Físico	0,518**	0,000	52
Dor Corporal	0,497**	0,000	52
Saúde Geral	0,654**	0,000	52
Vitalidade	0,663**	0,000	52
Função Social	0,515**	0,000	52
Desempenho Emocional	0,256	0,067	52
Saúde Mental	0,446**	0,001	52

** - Correlação é significativa ao nível de 0,01.

H3 - Os idosos que praticam actividade desportiva diferem dos que não praticam ao nível das dimensões da QVRS.

Para verificar se a actividade desportiva influencia as dimensões da QVRS, optámos pela utilização do teste U Mann Whitney para comparar a variável prática desportiva com as dimensões da QVRS (variável numérica). Verificámos pela análise do Tabela 19 que existem diferenças entre os que praticam uma actividade desportiva e os que não praticam, ao nível das dimensões Função Física ($p < 0,001$), Desempenho Físico ($p = 0,004$), Dor Corporal ($p = 0,005$), Saúde Geral ($p < 0,001$), Vitalidade ($p < 0,001$), Função Social ($p < 0,001$), Desempenho Emocional ($p = 0,045$) e Saúde Mental ($p < 0,001$), observando-se uma média de ranks maior nos indivíduos que praticam actividade desportiva. Existem assim evidências, que indiciam que os indivíduos que têm actividade desportiva apresentam maior QVRS em todas as suas dimensões. É de salientar que as relações estatísticas são altamente significativas entre a prática desportiva e a maioria das dimensões da QVRS.

Ao constatamos a existência de relações estatísticas significativas entre a variável Prática desportiva e todas as dimensões da QVRS, leva-nos a aceitar a hipótese na sua totalidade.

Tabela 19 – Teste U Mann Whitney a relacionar a variável prática desportiva, com as dimensões da QVRS

Dimensões da QVRS	Média de Ranks	Média de Ranks	p
	(Não Praticam)	(Praticam)	
Função Física	21,91	41,79	0,000**
Desempenho Físico	23,28	37,25	0,004**
Dor Corporal	23,36	36,96	0,005**
Saúde Geral	22,49	39,88	0,000**
Vitalidade	22,30	40,50	0,000**
Função Social	21,81	42,13	0,000**
Desempenho Emocional	24,85	32,00	0,045*
Saúde Mental	22,11	41,13	0,000**

** - Relação é significativa ao nível de 0,01.

* - Relação é significativa ao nível de 0,05.

7- DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo, vamos incidir sobre os resultados deste estudo que consideramos mais pertinentes, procurando relacioná-los com a fundamentação teórica apresentada, bem como com os resultados de outros estudos neste âmbito.

No desenvolvimento deste capítulo optou-se por primeiro fazer uma abordagem quanto as características sócio-demográficas da amostra, embora se associem alguns dados relativos à actividade física. De seguida faz-se a discussão dos dados quanto ao nível de actividade física e QVRS da amostra e finalmente a discussão dos resultados obtidos em relação às hipóteses.

Na amostra estudada, verificou-se que a média de idades se situou nos 72,19 anos, sendo na sua maioria, 55,77%, do género masculino. Esta média de idades encontra-se um pouco abaixo da esperança média de vida para a população portuguesa, pois segundo dados do INE (2011), a esperança média de vida em Portugal entre 2008-2010 situou-se nos 79,20 anos, sendo de 76,14 anos para os homens e de 82,05 para as mulheres. Estes factos também contrariam outro dado da nossa amostra, que é o valor percentual de idosos do género masculino ser maior do que o feminino. Estas diferenças podem ser explicadas se atendermos ao facto de serem os idosos com maior idade, mas também as mulheres, que permanecerem mais tempo em casa, e portanto a probabilidade de serem entrevistadas na rua ser menor.

Constata-se também que o grupo etário predominante é o dos 65 aos 70 anos (42,23%), e que á medida que se avança para grupos etários com idades mais elevadas o número de idosos decresce gradualmente, sendo que no último grupo etário desta amostra (81-85 anos) o número de idosos é relativamente baixo (7,69%). Pode-se também verificar que o grupo dos idosos activos ou muito activos são todos da faixa etária dos 65-70 anos, pelo contrário os pouco activos já têm uma distribuição quase igualitária pelas diferentes faixas etárias, excepto a faixa etária dos 81 aos 85 anos que é menor. Estes dados estão de acordo com a revisão bibliográfica, onde se descreve que no envelhecimento, com o avançar da idade a tendência natural é para um declínio progressivo e gradual do funcionamento físico, o que se traduz numa redução da capacidade cardiovascular, da massa muscular, da força e flexibilidade, e isto poderá ter implicações directas na funcionalidade e no nível de actividade física do idoso. Estes dados apontam no mesmo sentido, em relação ao estudo de Ferreira (2003) sobre a Actividade física e percepção de

saúde dos idosos, em que concluiu que a actividade física habitual dos idosos da amostra diminuía à medida que ascendíamos nos grupos etários.

Quanto ao estado civil da amostra, verificou-se que a grande maioria dos entrevistados era casada (69,23%), seguida dos viúvos (25,00%) e dos solteiros (5,77%). Outro dado que foi possível verificar, refere-se ao facto dos idosos solteiros estarem todos no grupo dos pouco activos ou moderadamente activos. Estes dados podem ser justificados pelo facto dos idosos solteiros por vezes terem associado uma menor rede sócio-familiar, que estimule a interacção social e a actividade física.

Relativamente à distribuição da amostra pela escolaridade, verificamos que 44,23% tinha o 1º ciclo de estudos, 19,23% eram analfabetos, e 5,77% possuíam um curso médio. Todos os idosos analfabetos da amostra estão no grupo dos pouco activos. Estes dados estão de acordo com as estatísticas nacionais (INE), que revelam que a nossa população idosa, principalmente do interior de Portugal, tem um nível de literacia muito baixo. Podem indiciar também, que o acesso à informação e ao conhecimento, poderá ter alguma influência na adesão à prática de actividade física, quer como forma de lazer, quer com o objectivo de promoção da saúde ou prevenção da doença.

No mesmo sentido outro dado deste estudo, revela que todos os idosos considerados muito activos têm residência na área urbana. Esta realidade poderá ser justificada se atendermos ao facto de que os idosos que moram na cidade, têm acesso a mais equipamentos desportivos e oportunidades de lazer, do que os idosos que moram num meio rural, que embora tenham actividade física, ela não é tão regular, nem tem os mesmos objectivos.

Quanto à distribuição da amostra pelo nível de exigência física profissão anterior, verifica-se que 46,15% da amostra possuía anteriormente uma profissão considerada pesada e 36,54% tinha uma profissão considerada moderada em termos de exigência física e apenas 17,31% dos idosos tinha uma profissão considerada sedentária/leve. Embora se considere que metade da amostra tem residência numa área urbana, é de salientar que este concelho se situa no interior do país, onde a principal actividade ainda continua a ser a agricultura, embora com algum comércio e indústria (principalmente de construção civil e metalúrgica). Deste modo, são perfeitamente compreensíveis os dados que se nos apresentam face ao nível de exigência física da profissão anterior. O mesmo no que se refere a prática de actividade física de tempos livres, em que os idosos que revelam ter actividade física de tempos livres, a maioria (56,52%) refere a horticultura e 34,78% passeia a pé, ou seja actividades muito relacionadas com a natureza.

A amostra deste estudo tem um nível de actividade física habitual relativamente baixo, no entanto é importante lembrar que se trata de um estudo transversal relativo a idosos seleccionados aleatoriamente na rua, mas a residir de forma autónoma na comunidade, ao contrário de outros estudos dentro do mesmo âmbito, mas em que uma parte da amostra é seleccionada dentro de um grupo de pessoas com actividade física regular ou mesmo actividade desportiva. Neste estudo 61,54% da amostra não têm qualquer prática de actividade física regular, nem desportiva, nem de tempos livres.

Estes dados evidenciam sobretudo que a questão do sedentarismo na terceira idade é um problema cada vez mais marcado, em Portugal, mas também no concelho de Viseu, e estão em consonância com um estudo transversal sobre idosos, realizado na Europa por Volkert (2005, Cit. por Nogueira, 2005), que revelou que Portugal é o país da Europa com maior percentagem de idosos sedentários (74%). Noutro estudo realizado em Portugal por Faria (2001, Cit. por Mazo, 2008) sobre a população Portuguesa com 65 ou mais anos de idade, mostrou que a taxa percentual de idosos que não praticavam qualquer actividade desportiva era de 72%. Também no estudo de Fernandes et al. (2009) sobre a influência da actividade física na saúde mental positiva de idosos, constataram que 41,1% da sua amostra era fisicamente inactiva e cerca de 68,5% dos indivíduos não cumpria as recomendações mínimas internacionais em termos de actividade física.

As recomendações actuais para se conseguirem alguns benefícios no que respeita à saúde através da actividade física no grupo dos idosos, são a prática desta com uma intensidade moderada, durante pelo menos, 30 minutos por dia, na maior parte dos dias da semana, de preferência todos os dias, de forma continua ou acumulada (150 minutos por semana), ou 75 minutos por semana de actividade física de intensidade vigorosa, ou ainda uma combinação equivalente de actividade física de intensidade moderada e de intensidade vigorosa. (WHO, 2011; INSTITUTO DE DESPORTO DE PORTUGAL, 2010).

Neste estudo, pelo menos 61,54% dos idosos não cumprem estas recomendações, pois não têm qualquer prática de actividade física regular. Somente 23,08% dos idosos têm alguma actividade desportiva. Destes, a actividade desportiva preferida é maioritariamente a caminhada (83,34%), destacando-se de forma significativa em termos percentuais das restantes. A segunda actividade desportiva mais realizada é a hidroginástica (16,67%).

Estes dados apontam no mesmo sentido dos obtidos por Faria (2001, Cit. por Mazo, 2008) sobre a população Portuguesa com 65 ou mais anos de idade, em que a taxa percentual de idosos que não praticavam qualquer actividade desportiva era de 72%, sendo que dos 28% que tinham Actividade física desportiva, 9% praticava natação e 7% caminhada. Também no estudo de Gomes (2010) sobre qualidade de vida, actividade e

aptidão física em idosos, da parte da amostra colhida aleatoriamente, a caminhada sobressaiu como a principal actividade física realizada pelos idosos, seguida da hidroginástica. Cruz (2009) salienta que da gama de actividades físicas possíveis de serem praticados pelos idosos, encontrou diversas referências à caminhada como relevante na actividade física total, sendo a actividade física mais preferida e a mais realizada pelos idosos.

A estes dados não é alheio o facto da caminhada ser uma actividade física espontânea salutar, que não exige grandes equipamentos e que pode ser realizada ao ar livre. Para Nunes e Santos (2009) caminhar constitui uma das mais naturais actividades físicas por ser uma actividade simples, facilmente controlável, sem a necessidade de equipamentos especiais e por poder ser praticada por qualquer pessoa.

Nos dados apresentados relativamente a cada um dos componentes da actividade física habitual (global), foi possível verificar que os idosos a residir na zona rural têm níveis de actividade física Doméstica, ligeiramente superiores em relação aos que residem na área urbana. No entanto, a grande assimetria entre estes dois grupos é sobretudo evidente entre o nível de actividade física de tempo livre e o nível de actividade desportiva, ou seja, os idosos a residir na área rural apresentam níveis de actividade física de tempo livre muito superiores aos dos urbanos. Na Actividade Desportiva observa-se o oposto, os níveis são superiores nos idosos a residir na área urbana, em relações aos da área rural.

Estes dados estão em consonância com os resultados apresentados num estudo sobre a actividade física habitual em idosos portugueses rurais e urbanos realizado por Nogueira et al. (2005), e podem ser explicados pelo facto de ainda continuarem a existir idosos, principalmente os que residem em zonas rurais, que mesmo depois de reformados continuam a dedicar-se à sua pequena horta ou jardim (consideradas actividades de tempo livre), por outro lado os idosos a residir no centro urbano não têm esta ligação à terra e dedicam-se mais a outras actividades físicas de lazer e de desporto, principalmente à caminhada.

Neste estudo foi possível verificar que do grupo dos idosos muito activos, os do género feminino, têm um nível de actividade física habitual (global) superior aos do género masculino, o que contraria os resultados de outros estudos nesta área, nomeadamente o de Fernandes et al. (2009), que concluíram no seu estudo que os homens apresentavam valores médios superiores de actividade física global, em relação às mulheres. No nosso estudo isso não se verifica, o que poderá ter a ver com o facto de algumas mulheres terem simultaneamente actividade física nos tempos livres e/ou no desporto, mas sobretudo porque concomitantemente têm um nível de actividade doméstica muito superior á dos

idosos do género masculino. Tal evidência pode justificar-se na medida em que na nossa sociedade e no contexto cultural em que ela se insere, ainda cabe ao idoso do género feminino a execução da maior parte das tarefas domésticas, entregando-se os idosos do género masculino a outro tipo de actividades, mais do âmbito do lazer, como a ida ao café, jogar cartas ou ver televisão.

Em relação à variável prática desportiva, verifica-se que só 23,08% da amostra tem actividade desportiva. Pode-se constatar também que a percentagem de idosos com prática desportiva aumenta gradualmente à medida que avançamos nos grupos caracterizadores do nível de actividade física dos idosos: assim 50% dos idosos do grupo dos Moderadamente activos praticam desporto, 80% dos idosos do grupo dos Activos e 100% dos idosos do grupo dos Muito activos têm actividade desportiva, ou seja neste último grupo todos os idosos têm prática desportiva. No sentido inverso, os idosos considerados pouco activos, nenhum tem prática desportiva. Daqui podemos presumir que a prática desportiva poderá ter um papel importante na determinação do nível de actividade física habitual do idoso, ou seja neste estudo os idosos com um nível de actividade física habitual baixo, tem associado o facto de não terem prática desportiva, ao invés os que têm um nível de actividade física elevado, têm associado a prática desportiva.

Estes dados vão de encontro a revisão bibliográfica, onde se expressa que os idosos muitas vezes têm receio da prática desportiva, por considerarem o desporto como inadequado às suas idades, não tendo assim hábitos de actividade desportiva. MOTA et al. (2006).

Quanto à distribuição da amostra segundo as dimensões da QVRS, embora não se conheça que os autores do MOS SF-36 ou o responsável pela validação portuguesa - Ferreira, (1998), tenham estabelecido valores fronteira para considerar que alguém goza de boa ou má saúde ou neste caso de boa ou má qualidade de vida, mas o facto de o zero corresponder à ausência de qualidade de vida e o cem significar o máximo de qualidade de vida, implicará que quanto maior o valor, melhor será a qualidade de vida relacionada com a saúde nessa dimensão. Tendo em conta que esta interpretação não permite inferir que os valores superiores a 50% traduzam uma QVRS positiva, não deixa de ter algum significado. Os nossos valores médios por dimensão da QVRS situam-se, em geral, acima desse limite. Com as limitações inerentes, poder-se-ia afirmar que em termos médios os sujeitos deste estudo têm uma QVRS positiva, em quase todas as dimensões, excepto na saúde geral, que tem 43,31%, ou seja abaixo dos 50%, assim seria a única dimensão considerada negativa. Contudo convém salientar que ainda muitos idosos que apresentem dimensões da QVRS negativa, principalmente a Saúde Geral, Vitalidade e Desempenho Físico.

Em termos gerais estes dados vão de encontro á fundamentação teórica deste trabalho, onde se considera que a qualidade de vida do idoso está muitas vezes interligada ao estado funcional, à autonomia e à saúde. Convém lembrar que a amostra deste estudo excluía idosos dependentes, ou seja, os idosos desta amostra ainda tinham um razoável nível de autonomia, é por isso com naturalidade que se percebe que estes idosos tenham uma média de QVRS positiva em quase todas as dimensões.

Outro dado observado neste estudo refere-se ao facto de na categoria de Boa/Muito boa QVRS as dimensões com maior valor percentual de idosos serem: o desempenho emocional (78,85%) a função social (42,31%) e a função física (40,39%), ou seja, é nestas dimensões que mais idosos têm melhor qualidade de vida.

Apesar do envelhecimento poder induzir efeitos deletérios no desempenho físico, emocional e social, os dados deste estudo reflectem no entanto, que esses efeitos não podem ser generalizados, na medida em que há idosos com Boa/Muito boa QVRS nas principais dimensões. O que está em consonância com Martins (2004), que salienta que o envelhecimento não afecta todos de igual forma, ou ao mesmo tempo, sendo um processo diferenciado e diferenciador. Os efeitos do envelhecimento podem ser contrariados e minimizados, podendo mesmo apesar da idade, ter um bom nível de qualidade de vida, dependendo muitas vezes da forma como se vive, mas sobretudo como se prepara e encara o envelhecimento. Santos (2006) refere que para ser possível prevenir, melhorar ou otimizar o decurso do envelhecimento é necessário encara-lo como qualquer outro período da vida, adaptando-se as alterações e com a adopção de formas de envelhecimento positivo.

Por outro lado na categoria - Muito baixa QVRS, as dimensões com maior valor percentual de idosos são a vitalidade (46,15%), a saúde geral (30,77%) e o desempenho físico (28,8%), ou seja é nestas dimensões que mais idosos têm pior qualidade de vida. Compreende-se que nesta amostra de idosos, uma das dimensões onde piores resultados se obtenham seja na saúde geral, pois como foi expresso na revisão bibliográfica muitas vezes associado ao envelhecimento surgem as doenças e cada vez mais a maioria dos idosos, fruto de uma maior longevidade, mas sobretudo do desuso e sedentarismo, padecem de doenças crónico-degenerativas. Também a dimensão desempenho físico é mensurada como - Muito baixa QVRS, por muitos idosos, o que é compreensível, pois esta dimensão está associada às limitações em saúde, em termos do tipo e quantidade de actividades desenvolvidas pelo idoso. Contudo é a dimensão Vitalidade, onde existe maior valor percentual de idosos com pior QVRS, ora se pensarmos que esta dimensão mensura

os níveis de fadiga, e também permite captar as diferenças de bem-estar, percebemos afinal há muitos idosos com pouca energia ou dinamismo no seu dia-a-dia.

Vamos agora centrar a atenção no objectivo fundamental deste trabalho, ao nível dos resultados obtidos em relação às hipóteses definidas, salientando os resultados obtidos estatisticamente significativos:

Relação entre a idade e as dimensões da QVRS do idoso

Deste estudo, foi possível inferir que na relação da idade com as dimensões da QVRS, existem relações estatisticamente significativas entre a Idade e as dimensões Função Física, Desempenho Físico, Saúde Geral e Vitalidade, apresentando correlações negativas, ou seja ao aumento da idade corresponde uma diminuição da qualidade de vida nestas dimensões. Estes resultados apontam no mesmo sentido do estudo de Ferreira (2004), que constatou que os idosos mais jovens, apresentavam valores médios nas dimensões do MOS SF-36 superiores aos dos idosos mais velhos, em todas as dimensões, à excepção do desempenho emocional. Também no estudo de Figueira et al. (2008, Cit. por SILVA 2009b) concluíram que a QVRS no idoso diminui com a idade, à medida que as perdas de autonomia, participação em actividades de vida diária ou sociais também diminuem.

Estes resultados podem ser explicados pelo facto do envelhecimento ser um processo progressivo, que se acentua à medida que avança a idade, o que muitas vezes implica um declínio gradual do funcionamento físico, principalmente ao nível do sistema locomotor, o que se traduz numa menor vitalidade (SPIRDUSO; FRANCIES; MACRAE, 2005).

Contudo o envelhecimento não tem somente consequências físicas, mas também psicológicas e sociais. Neste estudo não foi possível estabelecer uma relação estatisticamente significativa entre a idade e as dimensões - desempenho emocional e saúde mental, e isto pode ser explicado pelo facto do envelhecimento biológico implicar sempre algum grau de declínio ou deterioração, enquanto o envelhecimento psicológico pode ser caracterizado por ganhos e perdas, uma vez que muitas das características mentais dos idosos se mantêm inalteráveis com o passar do tempo (SILVA, 2009).

No presente estudo a função social do idoso apresenta uma correlação negativa com a idade. Este resultado vai de encontro ao referido na revisão bibliográfica, na medida em que a inactividade, o isolamento e uma atitude regressiva perante a sociedade, são frequentes à medida que se envelhece, fruto de uma falta de confiança nas suas capacidades e de uma baixa auto estima (LLANO; MANSZ; OLIVEIRA, 2004). Também a

saúde geral piora com o passar dos anos, embora o envelhecimento não seja sinónimo de doença, no entanto o corpo sofre uma série de modificações, que tendem a reduzir a eficácia de todos os órgãos e sistemas, e portanto à medida que a idade aumenta, o idoso torna-se mais susceptível a afecções ou doenças crónicas. Nesse sentido, este estudo também traduz essa percepção de pior saúde à medida que a idade aumenta.

Relação entre o género e as dimensões da QVRS do idoso

Quanto à relação entre o género e a QVRS, neste estudo podemos constatar que apenas ao nível da dimensão Desempenho Emocional se observam diferenças estatisticamente significativas entre o género masculino e o feminino, verificando-se uma média de ranks maior nos indivíduos do género masculino. Existem assim evidências que indiciam que os indivíduos do género masculino apresentam melhor qualidade de vida ao nível do Desempenho Emocional. Este resultado poderá ser explicado pelo facto de esta geração de idosos em estudo ainda incorporar o papel do homem como preponderante na sociedade, mas também na família, enquanto a mulher tem um papel mais doméstico e submisso e portanto os homens têm maior liberdade nos contactos sociais e eventualmente um melhor desempenho emocional. No entanto este resultado não estão em consonância com Martins (2004) que concluiu no seu estudo sobre qualidade de vida dos idosos da região de Viseu, que na 3ª idade, as mulheres apresentavam maior qualidade de vida do que os homens, embora este estudo seja diferente em termos do modelo de colheita de dados.

Relação entre o estado civil e as dimensões da QVRS do idoso

Quanto à relação entre o estado civil e QVRS, apenas ao nível das dimensões Função Social e Saúde Mental se observam diferenças estatisticamente significativas, observando-se médias de ranks menores entre os solteiros, sendo que os indivíduos casados apresentam média de ranks superiores face aos restantes grupos. Face a estes resultados, existem evidências que indiciam que o estado civil influencia a qualidade de vida ao nível das dimensões Função Social e Saúde Mental. De facto os idosos solteiros, muitas vezes pela sua estrutura psicológica, habituaram-se a viverem sozinhos e a retraírem-se perante a sociedade, evitando o estigma de ser solteiro – incapaz de arranjar companheiro(a), portanto é com alguma naturalidade que se percebe que terão eventualmente menor qualidade de vida nas dimensões saúde mental e função social.

Relação entre o nível de escolaridade e as dimensões da QVRS do idoso

Relativamente à Escolaridade e à sua relação com a QVRS, verificámos que foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões (Função Física, Desempenho Física, Dor Corporal, Saúde Geral e Vitalidade) e o nível de escolaridade, observando-se média de ranks menor em geral ao nível dos indivíduos analfabetos, e média de ranks superior nos indivíduos com Curso Médio. Face a estes resultados, existem evidências que indiciam que o nível de escolaridade influencia a qualidade de vida ao nível das dimensões Função Física, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral e Vitalidade. Uma das razões que poderão justificar este resultado, é o facto das habilitações literárias/nível educacional terem o potencial de poderem aumentar o nível de conhecimentos, estratégias e recursos que permitam preparar um envelhecimento positivo e activo, vectores importantes para a qualidade de vida na terceira idade.

Relação entre zona de residência e as dimensões da QVRS do idoso

Quanto à relação entre as variáveis zona de residência e a QVRS, apenas na dimensão - Desempenho Físico se verificou haver diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos da zona urbana e da zona rural, verificando-se uma média de ranks maior nos indivíduos da zona urbana, ou seja estes resultados indiciam que os indivíduos da zona urbana apresentam maior QVRS ao nível do Desempenho Físico em relação aos que residem na Zona rural.

No presente estudo em termos gerais não se evidenciaram diferenças significativas nas dimensões da QVRS nos dois grupos de idosos (excepto na dimensão Desempenho físico), o que está consonância com outros estudos que analisaram esta temática, nomeadamente no estudo Paul et al. (2005) sobre Satisfação e qualidade de vida de idosos Portugueses que concluíram que embora comporte várias diferenças específicas entre os dois grupos de idosos (rurais e urbanos), nomeadamente no que se refere à rede social de suporte e ao nível de autonomia, não evidenciaram diferenças de fundo na satisfação com a vida ou na própria qualidade de vida dos idosos, realçando a possibilidade de existência de alguns aspectos de vida “universais” ligados ao processo de envelhecimento. Também Fernández-Ballesteros et al. (2003) num estudo realizado em vários países Europeus incluindo Portugal, concluiu que da comparação da qualidade de vida entre idosos rurais e urbanos resultam poucas diferenças.

Os resultados do nosso estudos são tanto mais compreensíveis se atendermos ao facto de que embora se trate de zonas de residência distintas, no entanto elas estão muito próximas e interligadas, já que fazem parte do mesmo concelho.

Relação entre o nível de exigência física da profissão anterior e as dimensões da QVRS do idoso

Quanto à relação entre o nível da exigência física da profissão e a QVRS, as dimensões onde se verificaram diferenças estatisticamente significativas foram no Desempenho Físico Saúde Geral e Vitalidade, observando-se uma média de ranks superior nos indivíduos com uma profissão com nível de exigência física considerada sedentária/leve em contraste com uma média de ranks inferior nos indivíduos com um nível de exigência física considerada pesada nestas dimensões. Estes resultados indiciam que um maior nível de exigência física da profissão anterior influencia negativamente a qualidade de vida ao nível das dimensões Desempenho Físico, Saúde Geral e Vitalidade. Estes resultados podem ser explicados na medida em que os idosos que tiveram profissões desgastantes em termos físicos, agora na velhice sofrem as consequências físicas, manifestando-se principalmente através de um pior desempenho físico e pior vitalidade, mas também ao nível da sua saúde.

Relação entre o nível habitual de actividade física e as dimensões da QVRS do idoso

No que diz respeito à relação entre o nível habitual de actividade física do idoso e a QVRS, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas (altamente significativas) nas dimensões Função Física, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Vitalidade, Função Social e Saúde Mental, observando-se uma correlação positiva, ou seja ao aumento do nível de actividade física habitual corresponde um aumento da qualidade de vida nessas dimensões. A única excepção onde não houve uma relação estatisticamente significativa foi na dimensão do desempenho emocional. Estes resultados indiciam que quanto maior o nível de actividade física habitual, melhor qualidade de vida experienciam os idosos não só na dimensão física e de saúde, mas também nas dimensões psicológica e social. Por outro lado um baixo nível de actividade física (sedentarismo) traduz-se numa menor QVRS.

Os resultados deste estudo estão em concordância com a bibliografia consultada, onde diferentes autores e instituições nacionais e internacionais como: (WHO, 2011; INSTITUTO DE DESPORTO DE PORTUGAL, 2010; AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 2008; SPIRDUSO; FRANCIE ; MACRAE 2005; MOTA et al., 2006; MAZO, 2008) expressam os efeitos positivos de um nível de actividade física adequado, não só em termos de aptidão física, mas também na prevenção de doenças e afecções crónicas. Salientam também efeitos benéficos da actividade física ao nível psicológico e social.

As linhas orientadoras do American College of Sports Medicine (2008) corroboram os resultados deste estudo, na medida em que defendem que a actividade física reduz o risco de várias adversidades para a saúde. Salientam que todos os adultos devem evitar a inactividade, que alguma actividade é melhor que nenhuma, e que os idosos que praticam actividade física ganham benefícios para a saúde. Contudo, há benefícios adicionais se houver um aumento da intensidade, frequência e duração.

Mazo (2008) revisou vários estudos realizados a nível mundial em que se relacionou a QVRS do idoso com a realização de actividade física regular e concluiu que existem evidências epidemiológicas que sustentam o efeito positivo de um estilo de vida activo e/ou do envolvimento dos indivíduos em programas de actividade física ou de exercício físico na prevenção e minimização dos efeitos deletérios do envelhecimento. Esta autora salientou o estudo de Maeda et al. (2002) que envolveu idosos que viviam independentes, tendo concluído que a manutenção ou aumento da actividade física regular influenciou positivamente a qualidade de vida dos idosos.

Os resultados do presente trabalho de investigação estão em consonância com o estudo de Ribeiro (2002, Cit. por Mazo, 2003), onde este identificou o grau de influência da actividade física na qualidade de vida (com recurso ao MOS SF-36), em 88 indivíduos, 42 não praticantes de actividade física e 46 que a praticavam, com mais de 65 anos de idade, e chegou aos seguintes resultados: a actividade física contribui para uma melhor qualidade de vida em idosos; na análise por grupo, o grupo que praticava mais actividade física apresentou melhores resultados em todas as dimensões, e estatisticamente significativos; Também no estudo de Toscano e Oliveira (2009) sobre a Qualidade de vida de mulheres idosas e a sua relação com o nível de actividade física, concluiu que nos oito domínios testados pelo MOS SF-36, as idosas que possuíam melhor nível de actividade física registaram melhores resultados que as de pior nível de actividade física.

No estudo (Mazo, 2003) em que utilizou outro instrumento de avaliação da qualidade de vida, o questionário de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-bref), mas também aqui se obtiveram resultados que apontam no mesmo sentido, ou seja uma relação positiva significativa entre o nível de actividade física e a qualidade de vida do idoso.

Relação entre a prática desportiva e as dimensões da QVRS do idoso

Quanto á pratica de actividade desportiva e a sua relação com a QVRS, verificou-se uma média de ranks maior nos indivíduos que praticam actividade desportiva, do que os não praticam, em todas as dimensões do modelo de medição MOS SF-36. Existem assim, evidências que indiciam que os indivíduos que praticam actividade desportiva, apresentam

maior qualidade de vida relacionada com a saúde, do que os que não praticam. Sendo que na relação entre a prática de actividade desportiva e a maioria das dimensões as relações estatísticas são altamente significativas.

Estes resultados estão de acordo com a revisão de literatura efectuada, que atribui à actividade física e à prática desportiva um efeito positivo na sua relação com a QVRS, que ultrapassa a esfera do biológico, situando-se também na dimensão psicológica e social.

Diversos estudos compararam a qualidade de vida (com recurso ao MOS SF-36) dos idosos praticantes de actividade física regular e estruturada com idosos não praticantes, e em todos eles, foi demonstrado que esse tipo de actividade física é um importante factor para o aumento da qualidade de vida do idoso em todas as dimensões. (PIMENTA et al. 2008; MOTA et al., 2006, TAKATA et al., 2010; GOMES, 2010) .

No estudo realizado por Georgia et al. (2007) utilizaram outro instrumento de avaliação da qualidade de vida - o questionário de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-bref) e também aqui obtiveram resultados que apontam no mesmo sentido, ou seja uma relação positiva significativa entre a prática de exercício físico/desportivo e a QVRS.

8 – CONCLUSÕES/SUGESTÕES

Com o envelhecimento populacional os idosos ocupam um papel cada vez mais central na estrutura da nossa sociedade. Conseguido o objectivo do aumento da esperança média de vida, importa agora aumentar a expectativa de vida, ou seja, maior longevidade mas com qualidade de vida. Neste sentido, é essencial o desenvolvimento de trabalhos de investigação e pesquisa científica nesta área, no sentido de conhecer melhor não só as características dos nossos idosos, mas sobretudo o processo de envelhecimento e as suas variáveis, de forma a compreender e a determinar estratégias que diminuam o resultado da senescência, de tal modo que seja possível assegurar uma vivência autónoma e qualitativamente positiva no final do ciclo de vida.

O principal objectivo deste trabalho era perceber se o nível de actividade física habitual e a actividade desportiva influenciam as dimensões da QVRS do idoso. Embora a natureza transversal da investigação não permita ignorar o efeito inverso (isto é, idosos com níveis mais elevados de QVRS podem participar mais facilmente e ter níveis de actividade física superiores), os resultados deste estudo vão de encontro à evidência empírica que demonstra que a actividade física é um importante mecanismo comportamental para promover um envelhecimento activo, e embora não impedindo que o indivíduo envelheça, pode contribuir para um estilo de vida mais independente e saudável, melhorando a capacidade funcional e em última instância contribuir para melhorar a sua qualidade de vida.

Tendo em conta os objectivos inicialmente definidos para o presente estudo, as suas limitações metodológicas e amostrais, foram retiradas as seguintes conclusões:

- Os idosos desta amostra têm um nível de actividade física habitual e prática desportiva baixo, comparativamente com as recomendações internacionais.
- O nível médio de QVRS dos idosos desta amostra é positivo para todas as dimensões (Modelo MOS SF-36), excepto na dimensão de Saúde Geral, contudo nas dimensões Saúde Geral, Desempenho físico e Vitalidade há ainda bastantes idosos com uma QVRS considerada negativa.
- A Idade do idoso tem uma correlação negativa com a QVRS nas dimensões: Função Física, Desempenho Social, Saúde Geral e Vitalidade, ou seja ao aumento da idade corresponde uma diminuição da qualidade de vida nestas dimensões.
- Os idosos do género masculino têm em relação com os idosos do género feminino uma melhor QVRS na dimensão: Desempenho Emocional.

- Os idosos casados têm em relação a outros idosos com diferente estado civil, uma melhor QVRS nas dimensões: Função Social e Saúde Mental.
- O nível de escolaridade tem uma correlação positiva com a QVRS, nas dimensões: Função Física, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral e Vitalidade, ou seja, quanto maior o nível de escolaridade, melhor QVRS apresentam os idosos nessas dimensões.
- Os idosos a residir na zona considerada urbana têm uma maior QVRS na dimensão Desempenho Físico do que os idosos a residir na Zona rural.
- A exigência física da profissão anterior tem uma correlação negativa com a QVRS, nas dimensões: Desempenho Físico, Vitalidade e Saúde geral, ou seja, quanto mais exigente em termos físicos foi a profissão anterior, pior QVRS apresentam os idosos nessas dimensões.
- O nível de actividade física habitual do Idoso tem uma correlação positiva com a QVRS, nas dimensões Função Física, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Vitalidade, Função Social e Saúde Mental, ou seja, quanto maior o nível de actividade física habitual, melhor QVRS apresentam os idosos nessas dimensões. A única excepção das dimensões da QVRS (modelo MOS SF-36) onde não houve uma relação estatisticamente significativa foi na dimensão do desempenho emocional.
- A prática de actividade desportiva tem uma correlação positiva com todas as dimensões da QVRS, ou seja, os idosos com prática desportiva apresentam melhor QVRS em todas as dimensões, em relação aqueles que não têm prática desportiva.

Um dos dados retido desta investigação, refere-se ao baixo nível de actividade física dos idosos, particularmente a prática desportiva, que é pouco frequente. Identificado o problema do sedentarismo nos idosos, e por outro lado verificada a existência de evidências que indiciam que a actividade física e desportiva tem uma relação positiva com a qualidade de vida, uma das sugestões que gostaríamos de deixar para futuras investigações dentro deste âmbito, seria averiguar as razões que conduziram à situação actual, identificando os factores de não adesão à prática regular de actividade física/desportiva.

É um facto que com o avançar da idade, existe uma altura a partir da qual, se observa uma perda de capacidades mais ou menos gradual, tornando desta forma o envelhecimento inevitável, contudo grande parte do declínio fisiológico que lhe está associado deve-se principalmente ao desuso. Surge, então, a actividade física como um factor promotor da saúde e da qualidade de vida na terceira idade, uma vez que minimiza os factores de risco e retarda o processo de envelhecimento, tornando os idosos mais aptos para a realização das suas actividades diárias e, logo, mais independentes. Para além dos

benefícios específicos da actividade física, a nível físico e fisiológico, na redução e prevenção de inúmeros declínios funcionais e na melhoria das capacidades motoras, esta proporciona também, benefícios a nível social, ao promover o alargamento das relações sociais, a integração social e a aquisição de uma atitude mais activa na Sociedade.

Os resultados deste estudo apontam precisamente nesse sentido, ao verificarmos correlações positivas estatisticamente significativas entre o nível de actividade física ou a actividade desportiva, em relação às dimensões da QVRS associadas à componente física, psíquica e social do idoso.

Este trabalho de investigação apresenta como principal limitação a sua natureza transversal e o facto de ter uma amostra pequena e não probabilística, o que torna a generalização dos resultados limitada, contudo o estudo desta temática forneceu alguns resultados que podem contribuir para o aumento do conhecimento da realidade da situação actual dos idosos do concelho de Viseu, e ser relevantes para a actuação dos profissionais de saúde, particularmente dos Enfermeiros de reabilitação, pois fornecem algumas pistas que indiciam que se tem de apostar mais na prevenção da dependência dos idosos, especialmente através da promoção de um envelhecimento activo e saudável e da implementação de programas de actividade física regular e estruturada

Martins (2004, p.298) salienta que: "...envelhecer bem não depende da sorte nem é um privilégio, mas sim uma condição a ser alcançada, se a pessoa trabalhar para isso e se o meio onde vive lhe proporcionar as condições necessárias."

Perante estes factos, impõe-se uma atenção particular no que diz respeito a futuras estratégias para promover um envelhecimento saudável, particularmente através do incremento de um adequado nível de actividade física dos idosos.

O papel educativo do enfermeiro esteve sempre presente desde os primórdios da enfermagem, mas actualmente o papel de prevenção da doença ou incapacidade e reabilitação do utente, é uma vertente cada vez mais importante na arte de cuidar. Nesta questão da promoção do envelhecimento activo e saudável, todos temos um papel a desempenhar, principalmente no âmbito dos cuidados de saúde primários, onde o enfermeiro de reabilitação deve desempenhar um papel preponderante, pois dada a sua formação especializada, tem os conhecimentos e aptidões que lhe permitem potencializar, ensinar e treinar o idoso, com vista a desenvolver as suas capacidades individuais, no sentido de manter ou recuperar habilidades perdidas. Contudo, também o deve desempenhar noutras áreas de intervenção de enfermagem, quer no hospital, nas clínicas de reabilitação, nos centros de dia e lares de terceira idade, ou mesmo em associações culturais, desportivas e recreativas. Nesse sentido, importa que todos desenvolvamos os

esforços no âmbito das nossas competências pessoais, familiares e profissionais no sentido de promover, estimular e potencializar a actividade física no idoso, na medida que se trata de um dos factores preponderantes na promoção da saúde e qualidade de vida do idoso.

Após a realização deste trabalho de investigação e respectiva revisão bibliográfica, julgamos pertinente explicitar algumas áreas de intervenção, que neste momento julgamos serem as mais prementes, para se atingir o objectivo um envelhecimento activo e saudável:

- ✓ Desenvolver sessões de informação e de educação para a saúde sobre os benefícios da actividade física regular na saúde e na qualidade de vida do idoso, incidindo mais nas zonas rurais do concelho, que é de acordo com os dados deste estudo, onde a actividade física organizada, e desenvolvida com o objectivo de melhorar a aptidão física e a saúde tem menor número de praticantes.
- ✓ Encorajar a participação do idoso em actividades sociais (como o voluntariado), nas actividades domésticas e AVD, ou até mesmo relacionadas com o jardim ou horta, atendendo sempre ao limite das suas capacidades e problemas de saúde.
- ✓ Informar o idoso acerca das estruturas e recursos que existem na comunidade, bem como equipamentos e actividades disponíveis vocacionadas para a sua idade e com o devido acompanhamento.
- ✓ Intervir junto do poder político local e entidades competentes, no sentido da criação e desenvolvimento de programas de envelhecimento activo, actividade física e desportiva adaptada a idosos, mas também a criação de infra-estruturas de apoio ao lazer e desporto na terceira idade.
- ✓ Motivar o idoso a participar em programas de actividade física especialmente concebidos para idosos, desfazendo o mito do “perigo” da actividade desportiva na terceira idade. É indispensável contribuir para a motivação dos idosos e fazer cair as barreiras físicas e psicológicas que os afastam das práticas desportivas, para isso é importante que se sintam bem acompanhados. Os Enfermeiros de reabilitação, devem participar activamente na definição e implementação destes programas, bem como no acompanhamento e vigilância dos idosos, durante as actividades.

Também a sociedade e as instituições intervenientes na área social têm que demonstrar uma maior sensibilidade e tomada de consciência acerca da importância da actividade física para os idosos, não apenas como meio de proporcionar-lhes bem-estar físico e psicológico, mas também como um factor de integração social, pois desta forma estão a contribuir para que os idosos mantenham a sua saúde e capacidade funcional, a prolongar a sua autonomia, e em última instância a melhorar a sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, Patrícia Fernanda Pereira – **Estudo para a validação do questionário de Baecke modificado por acelerometria, na avaliação da actividade física em idosos.** [Em linha]. Porto: Faculdade de Desporto na Universidade do Porto, 2009. Tese de mestrado em Ciências do desporto, na área da Actividade Física para a 3ª Idade. [Consult. 3 de Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://hdl.handle.net/10216/20495>

CARVALHO, Joana – Aspectos metodológicos no trabalho com idosos - In MOTA, Jorge; CARVALHO, Joana, ed.lit. - **Actas do seminário: a qualidade de vida no idoso: o papel da actividade física.** Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto, 1999. ISBN 972-97358-5-9. p. 95-102.

CARVALHO, Joana – A actividade física na terceira idade e relações intergeracionais. Revista Brasileira de Educação Física e Esporte. [Em linha]. Vol. 20, nº5 (Set. 2006), p.71-73. [Consult. 6 de Janeiro. 2011]. Disponível WWW:<URL: <http://citrus.uspnet.usp.br/eef/uploads/arquivo/v%2020%20supl5%20artigo16.pdf>

CARVALHO, Joana; MOTA, Jorge – Práticas promotoras de saúde e qualidade de vida: a actividade física – o exemplo dos idosos - In ALBUQUERQUE, Alberto; SANTIAGO, Leonéa; FUMES, Neiza - **Educação física, desporto e lazer – Perspectivas Luso-Brasileiras.** Porto: Edições ISMAI, 2008. ISSN 978-85-7177-406-5. p. 22-30.

COUTO, Luciano – **A actividade física no idoso. Estudo da influência de factores demográficos e psicossociais.** [Em linha]. Porto: Universidade do Porto, 2003. Dissertação de Mestrado em Ciências do Desporto, Área de especialização em Actividade Física para a Terceira Idade. [Consult. 10 de Fev. 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/10512/4/6010_TM_01_P.pdf

CRUZ, José Gomes – **Percepção de factores ambientais e actividade física em idosos. Influência da caminhada.** [Em linha]. Porto: Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, 2009. Dissertação apresentada com vista à obtenção do 2º ciclo em Actividade física para a 3ª idade. [Consult. 12 de Fev. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/23307/2/19243.pdf>

DIAS, Maria Aurelina Ribeiro- **Qualidade de vida relacionada com saúde e satisfação com a vida**. [Em linha]. Porto: Faculdade de Desporto na Universidade do Porto, 2006. Tese de mestrado na área de especialização de actividade física adaptada. [Consult. 8 de Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://hdl.handle.net/10216/14265>

DINIZ, Denise Pará, SCHOR, Nestor – **Qualidade de vida**. São Paulo: Manole Editora, 2006. p. 19-30. ISBN 8520423493

FERNANDES, Hélder [et al.] - A influência da actividade física na saúde mental positiva de idosos – Revista Motricidade da Fundação Técnica e Científica do Desporto. [Em linha]. Nº 5 (2009). [Consult. 17 de Fev.2011]. Disponível em:

WWW:<URL: http://www.revistamotricidade.com/arquivo/2009_vol5_n1/v5n1a04.pdf

FERREIRA, Carlos Alberto Coelho – **Actividade física e percepções do estado de saúde em idosos do concelho de Viseu**. [Em linha]. Porto: Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, 2003. Dissertação de Mestrado apresentada com vista à obtenção do grau de Mestre em Ciências do Desporto, no âmbito do Mestrado Europeu em Actividade Física para a Terceira Idade. [Consult. 10 de Dez. 2010]. Disponível em WWW:<URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/10603>

FERREIRA, Pedro Lopes - **A Medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36**. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde - Universidade de Coimbra, 1998. p.10-16.

FERREIRA, Pedro Lopes - Criação da versão portuguesa do MOS SF-36, Parte I – Adaptação cultural e linguística. Acta Médica Portuguesa. Lisboa. ISSN 0870-399X. Nº13 (Jan.-Abr. 2000), p.120-127.

FORTIN, Marie-Fabienne – **O processo de investigação: da concepção á realização**. Loures: Lusociência, 2003. 49-110 p. ISBN 972-8383-10-X.

FORTIN, Marie-Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusociência, 2006. 22-33 p. ISBN 978-989-8075-18-5.

FONSECA, António Manuel – Aspectos psicológicos da passagem à reforma - in PAÚL, Constança; FONSECA, António Manuel – **Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados**. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.ISBN 972-796-185-1. p.45-72.

GORDIA, Alex [et al] - Comparação da qualidade de vida de mulheres idosas praticantes e não praticantes de exercício físico. Revista Digital. [Em linha]. Ano 11, nº106 (Mar. 2007). [Consult. 20 de Jan. 2011] Disponível em WWW:<URL: <http://www.efdeportes.com/efd106/mulheres-idosas-praticantes-de-exercicio-fisico.htm>

GOMES, Tânia Isabel – **Qualidade de vida, actividade e aptidão física em idosos participantes e não participantes em programas regulares e não regulares de actividade física**. [Em linha]. Évora: Universidade de Évora, 2010. Tese de mestrado em Exercício e Saúde. [Consult. 3 de Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://saudeemmovimento.webnode.com.pt/news/%20qualidade%20de%20vida,%20actividade%20e%20aptid%C3%A3o%20fisica%20em%20idosos%20participantes%20e%20n%C3%A3o%20participantes%20em%20programas%20regulares%20de%20act-%20fisica/>

LLANO, Mercedes; MANZ, Margarida; OLIVEIRA, Sandra – **Guia prático de actividade física na terceira idade**. 2ª Ed. São Paulo: A. Manz Produções, Fev. de 2004.

MARTINS, Rosa Maria Lopes; ANDRADE, Ana Isabel Nunes Pereira De Azevedo; RODRIGUES, Maria Lurdes Martins – A vida...vista pelos idosos. Revista Millenium. Viseu. ISSN 087-315. Nº 39 (2010), p. 121-130.

MARTINS, Rosa Maria Lopes – **Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu**. Badajoz: Universidade da Estremadura, 2004. Tese de Doutoramento não publicada. Acessível na Biblioteca ESSV.

MATSUDO, Sandra Mahecha; MATSUDO, Victor Keihan Rodrigues; NETO, Turíbio Leite Barros - Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométrica, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. Revista Brasileira ciências e movimento – [Em linha]. Vol. 8 nº 4 (2000). [Consult. 12 de Mar. 2011]. Disponível em: WWW:<URL: <http://pt.scribd.com/doc/42383184/121-Impacto-Do-Envelhecimento-Nas-Variaveis-Antropometricas-Neuromotoras-Da-Aptidao-Fisica>

MATSUDO, Sandra Mahecha; MATSUDO, Victor Keihan Rodrigues; NETO, Turíbio Leite Barros - Actividade física e envelhecimento. Aspectos epidemiológicos. Revista Brasileira de Medicina do Esporte. [Em linha]. Vol.7, nº1 (2001) p.2-13. [Consult. 27 de Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-86922001000100002&script=sci_arttext

MAZO, Giovana Zarpellon – **Actividade física e qualidade de vida de mulheres idosas**. Porto: Universidade do Porto, 2003. Tese de Doutoramento no Ramo de Ciências do

Desporto (não publicada). Disponível para consulta na Biblioteca da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

MAZO, Giovana Zarpellon - **Actividade física, qualidade de vida e envelhecimento**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2008. 119-139 p. ISBN 8520504027.

MAZO, Giovana Zarpelon [et al.] - Actividade física e qualidade de vida de mulheres idosas da cidade de Florianópolis. Brasil. Revista Portuguesa Ciências do Desporto. [Em linha]. Vol.8, nº3 (2008), p. 414-423. [Consult. 6 de Março. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rpcd/v8n3/v8n3a11.pdf>

MELO, Cristina Alexandra Roque Ferreira - **Efeito da Actividade Física na Funcionalidade e Auto-Percepções corporais do Idoso**. [Em linha]. Porto: Faculdade de Desporto na Universidade do Porto, 2010. Dissertação apresentada com vista à obtenção do 2º Ciclo em Actividade Física para a 3ª Idade. [Consult. 3 de Abril. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://hdl.handle.net/10216/25999>

MOTA, Jorge; CARVALHO, Joana - A qualidade de vida do idoso: o papel mediador da actividade física e desportiva - In TANI, Go; BENTO, Jorge Olimpio; PETERSEN, Ricardo Demétrio de Sousa - **Pedagogia do desporto**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. ISBN 8527712423. p.132-141.

MOTA, Jorge [et al] – Actividade Física e Qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes em programas regulares de actividade física. Revista Brasileira de Educação Física e Esporte [Em linha]. Vol.20, nº3 (2006). 219-225 p. [Consult. 27 de Jan. 2011]. Disponível em:

WWW:<URL:<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=468560&indexSearch=ID>

MOTA, Jorge – Promoção da actividade física nos idosos. In. MOTA, Jorge; CARVALHO, Joana (Editores.) - **A qualidade de vida no idoso: o papel da actividade física**. Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto, 1999. p.65-69.

MOTA, Jorge – Qualidade de vida do idoso – A importância e o papel da actividade física - In ALBUQUERQUE, Alberto; SANTIAGO, Leonéa; FUMES, Neiza. **Educação física, desporto e lazer – Perspectivas Luso-Brasileiras**. Porto: Edições ISMAI, 2008. ISSN 978-85-7177-406-5. p.11-18.

MOTL, RW; MCAULEY, E. - Physical Activity, disability and Quality of life in older adults, Physical Med Rehabil. Clin N Am [Em linha] nº21 (2010) p.299-308. [Consult. 10 de Jul. 2011]. Disponível em: WWW:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16472044>

NOGUEIRA, Maria da Assunção Martins – **Nutrição e actividade física: Avaliação dos hábitos de ingestão nutricional e de actividade física em idosos.** [Em linha]. Porto: Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, 2005. Tese de mestrado em Ciências do desporto, na área da Actividade Física para a 3ª Idade. [Consult. 6 de Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://hdl.handle.net/10216/14100>

NOGUEIRA, Maria Assunção Martins; SILVA, Domingos José Lopes da; SANTOS, José Augusto Rodrigues dos - Actividade física habitual em idosos portugueses rurais e urbanos. Revista Brasileira de Ciências e Movimento. [Em linha]. Nº 14 (4), (2006), p. 23-30. [Consult. 6 de Março. 2011]. Disponível em:
WWW:<URL: <http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/711/716>

NUNES, Marcelo e SANTOS, Suely - Avaliação funcional de idosos em três programas de actividade física: caminhada, hidroginástica e Lian Gong, Revista Portuguesa de Ciências do Desporto. [Em linha]. Vol.9, nº 2-3 (2009), p.150-159 [Consult. 6 de Março. 2011]. Disponível WWW:<URL:http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S164505232009000300003&sc_ript=sci_arttext

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - As Directrizes de Heidelberg para promover a actividade física entre os idosos. Journal of aging and physical Activity, [Em linha]. Nº5 (1) (1997), p. 2-8 [Consult. 8 de Jan. 2011]. Disponível em:
WWW:<URL:<http://www.humankinetics.com/JAPA/journalAbout.cfm?CFID=11419546&CFTOKEN=55816051>

PAIS-RIBEIRO, José Luís – **Introdução á psicologia da saúde.** 2ª ed. Coimbra: Quarteto, 2007. 49-107 p. ISBN 989-558-045-2.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco – **Qualidade de vida do idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião.** [Em linha]. São Paulo: 2000. Tese de Mestrado em Medicina. [Consult. 17 de Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=432374&indexSearch=ID>

PAÚL, [et al.] – Satisfação e qualidade de vida em idosos Portugueses - in PAÚL, Constança; FONSECA, António Manuel – **Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados**. Lisboa: Climepsi Editores, 2005. ISBN 972-796-185-1. p.77-94.

PAÚL, Constança; FONSECA, António Manuel – **Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados**. Lisboa: Climepsi Editores, 2005. 15-17 p. ISBN 972-796-185-1. p.77-94.

PEREIRA, Ana Isabel Mateus – **O efeito de um programa de actividade aquática na flexibilidade e qualidade de vida de idosos**. [Em linha]. Porto: Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, 2009. Dissertação apresentada com vista à obtenção do 2º ciclo em Actividade física para a 3ª idade. [Consult. 12 de Fevereiro. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19506/2/9502.pdf>

PIMENTA, Fausto; SIMIL, Fabrícia Fonseca; - Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36, Revista da Associação médica [Em linha]. Vol.54, Nº1, (2008). [Consult. 22 de Jan. 2011] Disponível em: WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n1/21.pdf>

PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde – **Guias para as pessoas idosas: “Que? Eu? Exercício?” Exercício sem riscos para lá dos sessenta**. Lisboa: Ed. DGS, 2000.17-43 p. ISSN 0872-2455.

PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde – **Plano Nacional de Saúde 2004/2010 - Orientações Estratégicas**. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2004. Vol.2. [Consult. 6 de Janeiro. 2011]. Disponível em:

WWW:<URL: http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf

PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde – **Plano Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas**. [Em linha]. Lisboa: 2006. p. 5-18. [Consult. 16 de Janeiro. 2011]. Disponível em:

WWW:<URL:http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:7SRqh3As8FgJ:www.formate.com/mediateca/download-document/12446-pn-saude-das-pessoas-idosas.html+Plano+Nacional+de+Sa%C3%BAde+para+a+Pessoa+2006&hl=pt-PT&gl=pt&pid=bl&srcid=ADGEESiccTrxr_Rb714BT1tTmWadbYvUY3WmYIFW35_8MLHRZ4hamz9_i6yP6KGI-m-whzzenegF3O9P2mnTPmqSdIDMUo9owsagCFynp02UCcZVleJQt-f0V-SDC2n4ExXN_FcVntgb_&sig=AHIEtbTLI6W4zCtyeGx-G2L0m9ThepziYw

PORTUGAL. Instituto do Desporto de Portugal - **Programa nacional de promoção da actividade física e desportiva: contributo da actividade física para a promoção da**

saúde. [Em linha]. Lisboa: IDP, 2010. [Consult. 17 de Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://www.idesporto.pt/DATA/DOCS/PROGRAMAS/Brochura_IDP.pdf

PORTUGAL. INE - **O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socioeconómica das pessoas idosas.** [Em linha]. Lisboa: INE, 2002. [Consult. 17 de Jan. 2011] Disponível em WWW:<URL: <http://pt.scribd.com/doc/2373736/envelhecimento-em-portugal>

PORTUGAL. INE - **Estimativa da População Residente em Portugal 2009. Destaque – Informação à comunicação social.** [Em linha]. Lisboa: INE, 2010a. [Consult. 17 de Dez. 2010]. Disponível em:

WWW:<URL:http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:zi6nHzKIPMQJ:www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D90481534%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy+INE+2009+Estimativas+de+Popula%C3%A7%C3%A3o+Residente&hl=pt-PT&gl=pt&pid=bl&srcid=ADGEESg-sKbTxdRRCdWg83DHvKOe1up7emZFMq1aHr1h0bnHQCg_Pf5bAvdvvY5N9oYipPHZVxKGQzcoihbRZzBpldY4nJ7GGu2rUKKwylZE1_rMr62c5HZ1Cv5KPzRH24z12gZyetLc&sig=AHIEtbRAoKC_mdGrKDGvTla1tFkokK2diA

PORTUGAL. INE - **Anuário estatístico da região Centro do ano de 2009** - [Em linha]. Lisboa. INE, 2010b. [Consult. 17 de Dezembro 2010]. Disponível em WWW:<URL: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=102943595&PUBLICACOESmodo=2

PORTUGAL. INE – **Retrato territorial de Portugal 2009.** [Em linha]. Lisboa: INE, 2011a [Consult. 17 de Mai. 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=118877009&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2

PORTUGAL. INE - **Estimativas anuais da População** - [Em linha]. Lisboa. 2011b. [Consult. 10 de Fev. 2011]. Disponível em: WWW:<URL:http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000611&selTab=tab0

REJESKI, W. J., MIHALKO, S.L. – Physical Activity and Quality of life in older adults, Journal of Gerontology: Medical Sciences [Em linha] nº 56 (2001) p.23-35. [Consult. 10 de Jul. 2011]. Disponível em: WWW:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11730235>

SANTOS, Sílvia – **Motivação para a prática de actividade física em mulheres idosas.** [Em linha]. Porto: Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, 2006. Tese de mestrado em Actividade Física para a 3ª Idade. [Consult. 10 de Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/14095>

SANTOS, Luzia Arcanja da Cruz Soares; OLIVEIRA, Maria do Nascimento Mondego. **A importancia da atividade fisica na qualidade de vida do idoso: estudo de caso do Programa de Ação Integrada ao Aposentado.** [Em linha]. São Luís MA: Faculdade Atenas Maranhense, 2007. Curso de pós-graduação em gestão estratégicas de pessoas. [Consult. 3 de Abril. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://pt.scribd.com/doc/9441110/A-Importancia-da-atividade-fisica-na-Qualidade-de-Vida-do-Idoso>

SANTOS, Urbano – El viviente, la vida y calidad de vida. Cadernos de Bioética. Murcia. Vol. XIX, nº66. (2008)

SEQUEIRA, Carlos – **Cuidar de idosos com dependência física e mental.** Lisboa: Lidel, 2010. 22-35 p. ISBN 978-972-757-717-0.

SILVA, Patrícia Nogueira – **Adaptação à reforma e satisfação com a vida: a importância da actividade e dos papéis sociais na realidade europeia.** [Em linha]. Lisboa: ISCTE, 2009. Tese de Mestrado. [Consult. 17 de Jan. 2011]. Disponível em: WWW:<URL: <http://repositorio-iul.iscte.pt/handle/10071/1879>

SILVA, Sara Gabriela Moura da Rocha Nunes – **Qualidade de vida e bem estar psicológico em idosos.** [Em linha]. Porto: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, 2009b. Tese de Mestrado. [Consult. 17 de Jun. 2011]. Disponível em: WWW:<URL: <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1092/3/sarasilva.pdf>

SOARES, Raquel Sofia Lopes – **A importância do exercício físico na aptidão física dos idosos: estudo comparativo entre praticantes e não praticantes de exercício físico.** [Em linha]. Porto: Faculdade de Desporto na Universidade do Porto, 2009. Tese de mestrado em Actividade Física para a 3ª Idade. [Consult. 8 de Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/19501>

SPIRDUSO, Waneen.; FRANCIES, Karen.; MACRAE, Priscilla. - **Physical dimensions of aging.** Illinois: Human Kinetics, 2005. 33-94 p. ISBN 9780736033152.

TAKATA, Yutaka [et al.]– Quality of life and physical fitness in an 85 year old population. Archives of Gerontology and Geriatrics, [Em linha]. Vol.50, nº3, (2010). [Consult. 12 de Dez. 2010]. Disponível em WWW:<URL:[http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943\(09\)00090-9/abstract](http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943(09)00090-9/abstract)

THE WHOQOL GROUP. - The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization, Social Science and Medicine, Amsterdão: ISSN02779536. Vol 10 (1995), p.1403-1409.

TOSCANO, José Jean de Oliveira; OLIVEIRA, António César Cabral – Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de actividade física, Revista Brasileira de Medicina do Esporte. [Em linha] Vol.12, nº3, (2009). [Consult. 22 de Jan. 2011]. Disponível em: WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v15n3/a01v15n3.pdf>

VAZ, Ana Rita Araújo Rebocho - **Efeitos do Exercício Físico na Qualidade de Vida em Populações Idosas**. [Em linha]. Coimbra: Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra, 2006. Dissertação de Licenciatura em Ciências do desporto e educação física. [Consult. 6 de Fevereiro. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://hdl.handle.net/10316/13779>

World Heart Organization (WHO). **Estratégia global sobre dieta, actividade física e saúde**. [Em linha]. 2011. [Consult. 6 de Fevereiro. 2011]. Disponível em: WWW:<URL: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/en/index.html

ANEXOS

ANEXO I

Quadro de codificação e transformação dos resultados do MOS SF-36

Quadro de codificação e transformação dos resultados do MOS SF-36					
Dimensões	(2) PERG.S	(3) VAL.S	(4) TRANSFORMAÇÃO	(5) □ MIN.	(6) MAX.
Função física	3a-□j	1-3	$x \rightarrow x^*$	10	30
Desempenho físico	4a-4d	1-2	$x \rightarrow x^*$	4	8
Dor corporal	7	1-6	1--6.0 4 --3.1 2 --5.4 5 --2.2 3 --4.2 6 --1.0	2	12
	8	1-5	7 falta 7=1 7=2..., 6 1 --6.0 1 --6.0 x --6-x 2 --4.75 1 --4.0 3 --3.5 1 --3.0 4 --2.25 1 --2.0 5 --1.0 1 --1.0		
Saúde geral	1	1-5	1 --5.0 4 --2.0 2 --4.4 5 --1.0 3 --3.4	5	25
	11a-11c	1-5	$x \rightarrow x^*$		
	11b-11d	1-5	$x \rightarrow 6-x$		
Vitalidade	9a-9e	1-6	$x \rightarrow 7-x$	4	24
	9g-9i	1-6	$x \rightarrow x^*$		
Função social	6	1-5	$x \rightarrow 6-x$	2	10
	10	1-5	$x \rightarrow x^*$		
Desempenho emocional	5a-5c	1-2	$x \rightarrow X^*$	3	6
Saúde Mental	9b-9c 9f	1-6	$x \rightarrow X^*$	5	30
	9d-9h	1-6	$x \rightarrow 7-x$		
Mudança de saúde	2	1-5	$x \rightarrow x^*$	—	—

ANEXO II

Quadro de codificação e transformação dos resultados do questionário de Baecke
Modificado

QUESTIONARIO DE BACK MODIFICADO		
INTENSIDADE		
		Código
0.	Deitado sem carga	0,028
1.	Sentado sem carga	0,146
2.	Sentado com movimento das mãos ou braços	0,297
3.	Sentado com movimento do corpo	0,703
4.	De pé, sem carga	0,174
5.	De pé, com movimento das mãos ou braços	0,307
6.	De pé, com movimentos do corpo, caminhando	0,890
7.	Caminhando com movimentos das mãos ou braços	1,368
8.	Caminhando com movimentos do corpo, pedalando, nadando	1,890
NÚMERO DE HORAS POR SEMANA		
0.	Menos de 1 hora * semana -1	0,5
1.	1,2 > hora * semana -1	1,5
2.	2,3 > hora * semana -1	2,5
3.	3,4 > hora * semana -1	3,5
4.	4,5 > hora * semana -1	4,5
5.	5,6 > hora * semana -1	5,5
6.	6,7 > hora * semana -1	6,5
7.	7,8 > hora * semana -1	7,5
8.	Mais de 8 hora * semana -1	8,5
MESES POR ANO		
0.	Menos de 1 mês * ano -1	0,04
1.	1 - 3 meses * ano -1	0,17
2.	4-6 meses * ano -1	0,42
3.	7-9 meses * ano -1	0,67
4.	Mais de 9 meses * ano -1	0,92

ANEXOIII

Instrumento de colheita de dados

(Formulário)



ÁREA CIENTÍFICA: Enfermagem de Reabilitação

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Professora Helena Moreira

INVESTIGADOR COLABORADOR: Paulo Silva

CURSO: Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estudo sobre a Influência da actividade física na Qualidade de vida relacionada à saúde do idoso do concelho de Viseu

NOTA DE ESCLARECIMENTO AOS PARTICIPANTES NESTE ESTUDO:

- O estudo tem como objectivo principal conhecer os níveis de actividade física dos idosos do concelho de Viseu e qual a influencia dessa actividade física na sua qualidade de vida;
- Vimos por este meio solicitar a sua colaboração e autorização para participar neste estudo;
- Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua opinião;
- As suas respostas serão apenas utilizadas pela equipa que realiza o estudo, em consonância com o objectivo da presente investigação;
- Será garantida a confidencialidade dos dados

Obrigado pela sua colaboração

P'la Equipa de Investigação:

Prof. Helena Moreira

Espaço destinado à equipa de investigação:

Questionário N^o _____ Data de aplicação _____

Consentimento informado: SIM NÃO



FORMULÁRIO

I – CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA

1 - **IDADE:** _____ Anos

2 – **GÉNERO:**

Masculino

Feminino

3 – **ESTADO CIVIL**

Casado (a)

Viúvo (a)

Divorciado (a)

Solteiro (a)

Outro

4 – **ESCOLARIDADE**

Analfabeto

Sabe ler e escrever

1º Ciclo de estudos (quarta classe)

2º Ciclo de estudos (9º ano ou antigo 5ºano)

3º Ciclo de estudos (11º ou antigo 7ºano)

Curso médio

Curso superior

5 - **ÁREA DE RESIDENCIA:**

Zona urbana do concelho de Viseu

Zona rural do Concelho de Viseu

6 – **PROFISSÃO** _____



II - QUESTIONÁRIO SOBRE A ACTIVIDADE FISICA

ACTIVIDADES DOMESTICAS:

1. Realiza tarefas domésticas leves (limpar o pó, lavar a louça, etc.)?

0. Nunca (< 1 vez por mês)
1. Às vezes (apenas quando não há ninguém para fazer)
2. A maior parte das vezes (Algumas vezes ajudado ou com companhia)
3. Sempre (sozinho ou acompanhado)

2. Realiza as tarefas domésticas pesadas (lavar o chão e/ou as janelas, transportar sacos de lixo, etc.)?

0. Nunca (< 1 vez por mês)
1. Às vezes (apenas quando não há ninguém para fazer)
2. A maior parte das vezes (Algumas vezes ajudado ou com companhia)
3. Sempre (sozinho ou acompanhado)

3. Para quantas pessoas é que faz a manutenção da casa (incluindo você próprio(a); _____ Preencher "0" se respondeu nunca nas questões 1 e 2)?

4. Quantos compartimentos costuma limpar, incluindo cozinha, quarto, garagem, cave, quarto de banho, sótão, etc.

0. Nunca
1. 1 a 6 compartimentos
2. 7 a 9 compartimentos
3. 10 ou mais compartimentos

5. Se limpa alguns, por quantos pisos é que eles se dividem? (preencher "0" se respondeu nunca na questão 4) _____

6. Costuma dar ajuda ou prepara refeições quentes?

0. Nunca
1. Às vezes (1 ou 2 vezes por semana)
2. A maior parte das vezes (3 a 5 vezes por semana)
3. Sempre (mais de 5 vezes por semana)

7. Quantos lanços de escada costumam subir por dia? (um lanço de escadas corresponde a 10 passos)

- 0. Nunca subo escadas
- 1. 1 a 5
- 2. 6 a 10
- 3. Mais de 10

8. Que tipo de transporte utiliza para se deslocar na cidade?

- 0. Nunca saio
- 1. Carro
- 2. Transporte público
- 3. Bicicleta
- 4. A pé

9. Com que frequência costuma ir às compras?

- 0. Nunca, ou menos que uma vez por semana
- 1. Uma vez por semana
- 2. Duas a quatro vezes por semana
- 3. Todos os dias

10. Quando sai para ir às compras que tipo de transporte utiliza?

- 0. Nunca saio para ir às compras
- 1. Carro
- 2. Transporte público
- 3. Bicicleta
- 4. A pé

ATIVIDADES DE TEMPOS LIVRES

Realiza outro tipo de actividades Física? SIM

Não

Se resposta afirmativa, concluir restantes itens deste grupo.

ACTIVIDADES DE TEMPOS LIVRES

Actividade 1 : Nome _____

Intensidade (código) _____

Nº de horas por semana (código) _____

Período do ano (Código) _____

Actividade 2 : Nome _____

Intensidade (código) _____

Nº de horas por semana (código) _____

Período do ano (Código) _____

ACTIVIDADES DESPORTIVAS

Pratica desporto? SIM

NÃO

Classificação desporto:

Desporto 1 : Nome _____

Intensidade (código) _____

Nº de horas por semana (código) _____

Período do ano (Código) _____

Desporto 2 : Nome _____

Intensidade (código) _____

Nº de horas por semana (código) _____

Período do ano (código) _____



III - AVALIAÇÃO DA QVRS (MOS SF-36)

Para responder coloque uma cruz no número que melhor descreve a sua saúde

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Ótima	Muito Boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a) Actividades violentas, tais como participar em desportos violentos ou mesmo correr ou levantar pesos	1	2	3
b) Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar	1	2	3
c) Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d) Subir vários lanços de escadas	1	2	3
e) Subir um lanço de escadas	1	2	3
f) Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g) Andar mais de um quilómetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões ou grupos de casas	1	2	3
i) Andar um quarteirão ou grupo de casas	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?	SIM	NÃO
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades.	1	2
b) Fez menos do que queria	1	2
c) Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou noutras actividades.	1	2
d) Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo foi preciso mais esforço)	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?	SIM	NÃO
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades.	1	2
b) Fez menos do que queria	1	2
c) Não executou o trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como era costume	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?				
Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?				
Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5

8. Durante as últimas 4 semanas em que medida é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)				
Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Por cada pergunta coloque por favor uma cruz na resposta que melhor descreve a forma como se sentiu.

Quanto tempo, Nas últimas quatro semanas	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5	6
b) Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5	6
c) Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5	6
d) Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5	6
e) Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Se sentiu triste e em baixo?	1	2	3	4	5	6
g) Se sentiu estafado/a	1	2	3	4	5	6
h) Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Se sentiu cansado/a	1	2	3	4	5	6

10 – Durante as últimas 4 semanas até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos próximos)

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações?

Por uma bola em volta de um número em cada linha	Absoluta-mente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absoluta-mente falso
a) Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b) Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c) Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) A minha saúde é óptima	1	2	3	4	5

