

**NICODEMOS FILGUEIRAS JÚNIOR**

**QUALIDADE DE VIDA DOS ATLETAS DA TERCEIRA  
IDADE DO MUNICÍPIO DE PONTA PORÃ, MS**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**CAMPO GRANDE-MS**

**2013**

**NICODEMOS FILGUEIRAS JÚNIOR**

**QUALIDADE DE VIDA DOS ATLETAS DA TERCEIRA  
IDADE DO MUNICÍPIO DE PONTA PORÃ, MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação do Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**CAMPO GRANDE-MS**

**2013**

### **Ficha Catalográfica**

Filgueiras Júnior , Nicodemos  
F478q Qualidade de vida dos atletas da terceira idade do município de  
Ponta Porã, MS / Nicodemos Filgueiras Júnior; orientação, José Carlos  
Rosa Pires de Souza. 2013.

81 f.

Dissertação (mestrado em psicologia) – Universidade Católica  
Dom Bosco, Campo Grande, 2013.

1. Idosos – Atividades físicas 2. Qualidade de vida I. Souza, José  
Carlos Rosa Pires II. Título

CDD – 613.70446

A dissertação apresentada por NICODEMOS FILGUEIRAS JÚNIOR, intitulada “QUALIDADE DE VIDA DOS ATLETAS DA TERCEIRA IDADE DO MUNICÍPIO DE PONTA PORÃ, MS”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi

.....

## **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza  
(orientador/UCDB)

---

Prof. Dr. Alessandro Moura Zagatto (UNESP)

---

Prof. Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire (UCDB)

---

Profa. Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães (UCDB)

Campo Grande, MS, 10 / abril /2013.

A toda minha família, esposa, filhos, mãe, irmão, sogro e sogra, que sempre me incentivaram na busca pelo melhor em todos os sentidos de minha caminhada.

Ao meu saudoso e querido pai Nicodemos, pessoa ímpar na minha construção como homem e cidadão.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao grande Arquiteto do Universo, que me permitiu nessa vida exercer este lindo caminho do magistério como legado.

Ao Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza, pela amizade, colaboração, paciência e empenho na orientação deste trabalho.

A minha mãe Tereza, por sua presença e colaboração em todos os sentidos de minha vida.

A Cláudia Fernandes Gonçalves Filgueiras, companheira para todas as horas, mostrando-se em todos os momentos ser a mãe mais dedicada e maravilhosa do mundo.

Aos meus filhos Júlia, Olivia e Juan, pelo entendimento aos momentos de ausência, amo vocês.

Aos companheiros de trabalho e meus diretores e coordenadores: João Antônio Barbosa, Adir Teixeira de Oliveira, Doralice Nunes Alcântara, Celma Geminiano Pelusch, Robson Josgrilbert, Maria de Fátima Viegas Josgrilbert e Roberto Mitio Harada.

A querida Ceny Longhi Rezende, pela valiosa ajuda e demonstração de fraternidade e grandeza de espírito.

Aos companheiros de mestrado, pelos momentos agradáveis que vivenciamos durante a jornada.

Aos amigos do Projeto Conviver, pelo apoio e receptividade.

Aos gloriosos atletas da terceira idade, por sua colaboração e lição de sabedoria.

*Agradeço todas as dificuldades que enfrentei;  
não fosse por elas, eu não teria saído do lugar.  
As facilidades nos impedem de caminhar. Mesmo  
as críticas nos auxiliam muito.*

Chico Xavier (1910-2002)

## RESUMO

**Introdução:** A atividade física é um tema que está sempre em voga no cotidiano de nossa sociedade. Tem sido indicada para os mais variados públicos e como promotora de qualidade de vida, para os idosos. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida dos atletas da terceira idade do município de Ponta Porã, Mato Grosso do Sul. **Hipóteses:** a) Por meio da prática sistematizada de atividades físicas os idosos têm um padrão favorável dos domínios de qualidade de vida; b) Existe diferença significativa nos resultados entre os idosos que praticam atividade física por recomendação médica e os que praticam por vontade própria; c) O domínio dor é um fator limitante de um bom índice de qualidade de vida; d) As doenças crônicas intervêm diretamente na qualidade de vida de forma limitante e negativa. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, que nos proporcionou avaliação e análise dos dados dos 60 participantes, praticantes de atividades físicas regulares pertencentes ao Projeto Conviver de Ponta Porã. Foram aplicados dois instrumentos de coleta de dados: I) um questionário sociodemográfico com as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, naturalidade, se pratica atividade física por recomendação médica, ocupação, escolaridade, horas semanais de prática esportiva, modalidade esportiva praticada (voleibol adaptado, ginástica, bocha, peteca, malha e dança), horas de sono e se é portador de alguma doença crônica; II) questionário genérico de qualidade de vida The Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36), instrumento multidimensional composto de 36 itens relacionados a oito domínios: Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais, Saúde Mental e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e de um ano atrás. **Resultados:** Dos 60 participantes, 68,97% são do sexo feminino, a média de idade foi de 70,3 anos, 58,33% se enquadram no estado civil outros (viúvo, solteiro ou separado), 55% não praticam atividade física por recomendação médica, apresentaram uma média de 7,7 horas de sono e média de prática de atividades físicas esportivas de 4,7 horas semanais em média. Os participantes estudados apresentaram melhores escores nos domínios: Aspectos Sociais (85,83); Saúde Mental (81,73); Capacidade Funcional (80,75). Os piores índices foram encontrados nos domínios: limitação de Aspectos Físicos (59,17), limitação de Aspectos Emocionais (64,41) e Estado Geral de Saúde (66,58). No item doença crônica em relação ao SF-36, foi encontrado o maior número de domínios com índices preocupantes e limitadores da QV dos idosos: Capacidade Funcional, Dor, Estado Geral de Saúde. **Conclusão:** Este estudo permitiu verificar que os índices de QV dos atletas da terceira idade do município de Ponta Porã, MS, participantes do Projeto Conviver, são favoráveis, fortalecendo a importância de ações esportivas e atividades físicas voltadas para os idosos.

Palavras-chave: Qualidade de Vida. Idoso. Atividade física.



## ABSTRACT

**Introduction:** Physical Activity is a theme that has been a hit in our society's daily life. It has been recommended to everybody and has been promoting quality of life, mainly to the elderly. **Objective:** To evaluate the quality of the athletes' life who are in their third age in the city of Ponta Porã, Mato Grosso do Sul. **Hypotheses:** a) Through regular practice of physical activities the elderly have a better quality of life; b) There is a noticeable difference among the elderly that practice physical activity as recommended by doctors and the ones that do it because they wish to; c) pain is a restrictive factor when talking about a good quality of life. d) Chronic Diseases intervene directly in the quality of life in a restrictive and negative form. **Method:** It refers to an exploratory and descriptive study that provided us with assessment and analysis of the data obtained through the research instruments of 60 participants, physical activities, regular practitioners' belonging to the 'Projeto Conviver de Ponta Porã.' Two tools to collect data were applied: I) a sociodemographic questionnaire with the following variable: gender, age, marital status, hometown, if the person practices physical activity recommended by a doctor, profession, degree, weekly hours dedicated to the practice of physical activity, type of the physical activity practiced (adapted volleyball, gymnastics, bocce, shuttlecock, malha and dance), number of hours slept and if the person suffers of a chronic disease; II) general questionnaire on quality of life The Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36), multidimensional tool made-up of 36 items related to 8 scales or components: Functional Capacity, Physical Appearance, Pain, General State of Health, Vitality, Social Functioning, Emotional Aspects, Mental Health and one more question comparing the current health condition and the health condition one year ago. **Results:** Among 60 applicants, 68,97 are female, their average age was 70,3 years old, 58,33% have their marital status as: widow, single or divorced, 55% don't practice physical activity recommended by a doctor, they have the average of 7,7 hours of sleep and their average when referring to their practicing of physical activity is 4,7 hours a week. The studied participants presented better scores in: Social Functioning (85,83); Mental Health (81,73); Functional Capacity (80,75). The worst scores were: Physical Handicap (59,17); Emotional Limitation (64,41) and General State of Health (66,58). In the item chronic disease in relation to the SF-36, was found the greatest number of areas with alarming levels and confined the QOL of the elderly: Functional Capacity, Pain, General State of Health. **Conclusion:** This study has shown to verify that the contents of QOV of senior athletes from the city of Ponta Porã, MS; participants of the "Projeto Conviver", are good, strengthening the importance of sports events and physical activities designed for the elderly.

Keywords: Quality of Life. Elderly. Physical activity.

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Dados sociodemográficos dos participantes .....	54
TABELA 2 - Dados sociodemográficos contínuos dos participantes.....	56
TABELA 3 - Valores médios dos domínios do SF-36 dos participantes .....	57
TABELA 4 - Variáveis sociodemográficas em relação ao instrumento do SF-36 .....	57
TABELA 5 - Valores das estatísticas dos domínios significativos .....	58
TABELA 6 - Sexo dos participantes em relação ao SF-36.....	59
TABELA 7 - Estado civil dos participantes em relação ao SF-36.....	62
TABELA 8 - Atividade física por recomendação médica em relação ao SF-36 .....	63
TABELA 9 - Ocupação dos participantes em relação ao SF-36.....	64
TABELA 10 - Existências de doença crônica dos participantes em relação ao SF-36.....	65
TABELA 11 - Idade dos participantes em relação ao SF-36.....	66
TABELA 12 - Horas de prática de esporte dos participantes em relação ao SF-36 .....	67
TABELA 13 - Horas de sono diária dos participantes em relação ao SF-36.....	67

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 TERCEIRA IDADE E ENVELHECIMENTO</b> .....	14
2.1 BREVE HISTÓRICO DA VELHICE .....	15
2.2 TERCEIRA IDADE.....	20
2.3 ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO .....	21
2.4 ENVELHECIMENTO MOTOR.....	25
2.5 ENVELHECIMENTO PSICOSSOCIAL .....	27
<b>3 QUALIDADE DE VIDA</b> .....	29
3.1 HISTÓRICO DA QUALIDADE DE VIDA.....	30
3.2 QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE .....	32
3.3 A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE E O ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA.....	35
3.4 QUALIDADE DE VIDA, ENVELHECIMENTO E ATIVIDADE FÍSICA .....	38
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	44
4.1 OBJETIVO GERAL .....	45
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	45
<b>5 HIPÓTESES</b> .....	46
<b>6 MÉTODO</b> .....	48
6.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	49
6.2 PARTICIPANTES .....	49
6.2.1 Seleção dos participantes e descrição da amostra.....	49
6.2.2 Critérios de inclusão .....	49
6.2.3 Critérios de exclusão.....	50
6.3 LOCAL DA PESQUISA.....	50
6.4 INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	51
6.4.1 Questionário sociodemográfico .....	51

6.4.2	Questionário genérico de qualidade de vida SF-36 .....	51
6.5	PROCEDIMENTOS .....	51
<b>7</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>53</b>
7.1	DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES .....	54
7.2	DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS – CONTÍNUOS – PARTICIPANTES.....	55
7.3	INSTRUMENTO SF-36 .....	56
7.4	CORRELAÇÃO ENTRE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E OS DOMÍNIOS DO SF 36.....	59
<b>8</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>69</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>72</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>82</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>85</b>

**1 INTRODUÇÃO**

---

A decisão de estudar e conhecer melhor o universo do idoso, atividade e sua qualidade de vida, deu-se a partir de um olhar mais conciso para os idosos e das mudanças comportamentais e atitudinais na busca por qualidade de vida nessa fase da vida.

A chegada da velhice é uma nova etapa, cheia de desafios e descobertas que ocorrem de uma maneira heterogênea entre a população idosa. As mudanças fisiológicas ficam cada vez mais perceptíveis, os grupos musculares já não atendem com precisão e rapidez, a pessoa passa a conviver com uma nova realidade.

Buscando correlacionar teoria a prática, foram realizadas visitas ao Projeto Conviver, voltado exclusivamente às pessoas da terceira idade, onde são desenvolvidas atividades esportivas e culturais, possibilitando ao idoso a convivência em grupo, fortalecimento de vínculos, novas amizades, lazer, recreação e prática de esportes, no município de Ponta Porã, MS, com o objetivo de melhor observar as pessoas pertencentes à chamada terceira idade, realizando atividades físicas. Nesse grupo existem atletas que participam de competições locais, regionais, estaduais e até nacionais, representando o município.

O primeiro capítulo introduz o assunto deste trabalho de dissertação, o qual procura, além de discorrer sobre o assunto, esclarecer como será realizada a distribuição dos capítulos.

O segundo capítulo aborda a velhice e as consequências biológicas, motoras e psicológicas do envelhecimento.

No terceiro capítulo, a Qualidade de Vida (QV) é conceituada segundo a Organização Mundial de Saúde, assim como correlaciona a atividade física dos participantes à melhoria da QV.

O quarto capítulo versa sobre os objetivos formulados nesta pesquisa, descreve as ferramentas utilizadas para a avaliação da QV dos participantes do Projeto Conviver.

O quinto capítulo aborda o método utilizado durante a pesquisa, caracterização da pesquisa, público pesquisado, critérios de inclusão e critérios de exclusão, local de pesquisa, execução das entrevistas, questionário sociodemográfico, questionário genérico de QV The Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36) e os procedimentos da pesquisa.

No sexto capítulo, são apresentadas a análise e a discussão dos resultados obtidos e, no sétimo capítulo, as conclusões finais do estudo.

## **2 TERCEIRA IDADE E ENVELHECIMENTO**

---

## 2.1 BREVE HISTÓRICO DA VELHICE

A questão do envelhecimento e da longevidade humana é algo que já se fazia presente na mais remota história, seja na busca pela fórmula da eterna juventude, esta associada à felicidade plena; ou como preocupação constante do homem em todos os tempos. Despertando maior ênfase na última década, sobretudo por sua expansão tanto mundial como na realidade brasileira, sendo objeto de investigação na comunidade acadêmica e na sociedade civil.

O *Livro de Gênesis*, que foi escrito por volta de 1445 a.C., fala que, após o dilúvio, as pessoas passaram a viver mais, a velhice é vista como um edifício e a morte representa sua total e definitiva demolição. Já os gregos, por exemplo, Hesíodo (século VIII a.C.), descreveram uma raça dourada, constituída por um povo que vivia centenas de anos sem envelhecer e que morreriam dormindo quando chegasse o seu dia. Aristóteles (filósofo grego) e Galeno (médico grego) acreditavam que cada pessoa nascia com certa quantidade de calor interno, que iria se dissipando com o passar dos anos, considerando a velhice o período final dessa dissipação de calor (AZEVEDO, 2001).

Nesse sentido, Aristóteles, um dos mais influentes filósofos do pensamento ocidental naquela época, sugeria o desenvolvimento de métodos que evitassem a perda de calor, prolongando a vida, fugindo um pouco da mitologia utilizada até então para dar uma conotação científica a esse fenômeno (AZEVEDO, 2001).

No Egito, provavelmente por volta de 3000 a.C., há registros da obrigação dos filhos em cuidar de seus idosos, e “[...] viver 110 anos era considerado o prêmio de uma vida equilibrada e virtuosa [...]” (LEME, 1996, p. 14). Francis Bacon (1561-1626) escreveu *The History of Life and Death* (1636) e a *The Proficiency and Advancement of Learning Divine and Humane* (1605), defendendo a ideia de que um espírito jovem inserido em um corpo velho faria regredir a evolução da natureza. Rush Benjamin (1745-1813), por sua vez, é o primeiro a dizer que são as doenças responsáveis pela morte e não o envelhecimento – que não é doença (LEME, 1996).

Em 1908, Élie Metchnikoff (1845-1916) ganha o prêmio Nobel de Medicina, com estudo que advogava ser o intestino grosso que expelia venenos responsáveis pela



deterioração dos alimentos. Para isso, preconizava a ingestão regular de leite ou iogurte, e o hábito de utilizar laxantes para esterilizar o organismo (AZEVEDO, 2001).

Nas sociedades contemporâneas, o Papa João Paulo II, em 1999 (Ano Internacional do Idoso), escreveu uma carta aos anciãos, afirmando que eles ajudam a contemplar os acontecimentos terrenos com mais sabedoria, porque as vicissitudes os tornaram mais experientes e amadurecidos (ARAÚJO; CARVALHO, 2001). Eles são guardiões da memória coletiva e, por isso, intérpretes privilegiados daquele conjunto de ideais e valores humanos que mantêm e guiam a convivência social.

Esta se dá a partir de mecanismos institucionais visíveis como as casas de “repouso”, asilos, bem como por questões psicológicas (a tutela, a inexistência do diálogo, discriminação) e mecanismos científicos com pesquisas que demonstram deterioração física, deficiência nas relações interpessoais (CHAUÍ, 1994).

Percebe-se, então, o reconhecimento da autoridade religiosa ao processo de envelhecimento e, é válido salientar, essa atitude tem partido também de outros autores que se dispõem a tratar a questão da velhice. Como relata Cícero (1997), deve-se combater a velhice por meio de exercícios físicos e de boa alimentação, uma vez que os velhos a conservam melhor quando permanecem intelectualmente ativos.

Assim, a noção de velho remete à incapacidade de produzir, de trabalhar. Dessa forma, segundo Peixoto (1998), era denominado velho (*vieux*) ou velhote (*veillard*) aquele indivíduo que não desfrutava de estatus social – muito embora o termo velhote também fosse utilizado para denominar o velho que tinha sua imagem definida como “bom cidadão”.

As questões concernentes ao envelhecimento humano ganharam destaque na pauta das pesquisas científicas no início da década de 1920, com investigações que contemplavam, basicamente, as transformações fisiológicas e suas perdas para o organismo nessa fase do desenvolvimento. Estudos pioneiros, como os realizados por Granville Stanley Hall (1844-1924), marcaram essa fase embrionária, enfocando a velhice entre os acadêmicos com a publicação obra *Senescence: the Hall of Life* (1922) (PAIVA, 1986).

Para demonstrar uma visão menos estereotipada da velhice, o termo “idoso” foi adotado para caracterizar tanto a população envelhecida, em geral, como aquela mais favorecida. A partir de então, os “problemas dos velhos” passaram a ser vistos como “necessidades dos idosos” (PEIXOTO, 1998). Por outro lado, Freire e Neri (2000) colocam

que a substituição dos termos “velho” ou “velhice” por “melhor idade” já indica preconceito, pois, caso contrário, essa troca de palavras não seria necessária.

Em face desses preconceitos, estabeleceram-se conceitos sobre os termos velho, idoso e terceira idade. “Velho” ou “idoso” referem-se a pessoas idosas, na média de 60 anos; “velhice” seria a última fase da existência humana e “envelhecimento”, atrelado às mudanças físicas, psicológicas e sociais (FREIRE, 2006).

Há ainda outras metáforas sobre o envelhecimento, por exemplo, “amadurecer” e “maturidade”, que significam a sucessão de mudanças ocorridas no organismo e a obtenção de papéis sociais, respectivamente (FREIRE; NERI, 2000). Considerando os mais variados termos de distintos autores sobre a questão da velhice, percebe-se que a pessoa envelhecida conheceu, assim, uma série de modificações ao longo do tempo, uma vez que as mudanças sociais reclamavam políticas sociais para a velhice, assim como a construção ética do objeto velho (PEIXOTO, 1998).

É preciso que se estabeleça respeito pelo idoso, reconhecendo-o como ser humano que, se por vezes apresenta uma certa diminuição de suas habilidades físicas e sensoriais, ele possui outras qualidades que podem ser igualmente importantes.

Veras (1997) define o envelhecimento como um fenômeno geneticamente regulado, mas depende de tempo, alterações estas que determinam declínio na viabilidade e, conseqüentemente, uma maior vulnerabilidade aos estresses. Portanto, um organismo sobrevive em decorrência da magnitude das alterações externas ocorridas e da disponibilidade de suas reservas fisiológicas. Por fim, ocasiona a morte quando há adaptação no ambiente.

O envelhecimento não pode ser definido por parâmetros isolados. Pode-se ressaltar que o limiar da velhice para uso didático social sejam 65 anos de idade, marco que se torna mais artificial diante da necessidade de se criarem oportunidades aos jovens no mercado de trabalho.

No livro *A velhice*, Beauvoir (1990) frisa que só devemos fazer o que podemos, o que está ao nosso alcance, para não nos decepcionarmos, lembrando-se sempre que, independente da faixa etária, somos humanos e temos nossas limitações.

A velhice é um fenômeno biológico: o organismo do homem idoso apresenta certas singularidades: acarreta conseqüências psicológicas: certos comportamentos são considerados, com razões como característicos da idade avançada. Como todas as situações humanas, lá tem uma dimensão existencial: modifica a relação do indivíduo com o tempo e, portanto sua relação com o mundo e com sua própria história. (BEAUVOIR, 1990, p.

102).

Valle (1998) enfatiza que a velhice é nomeada e determinada por dados de natureza biológica, por condicionamentos sociológicos e econômicos, mas também por determinantes de cunho cultural e político. O mesmo autor ainda enfatiza a questão de que o idoso, atualmente, está suscitando os interesses de reinserção no mercado de trabalho por intermédio de empresas, escolas, partidos políticos e universidades.

Partindo de uma visão mais direcionada à geriatria, o envelhecimento é considerado somente em termos de perdas, afirma Beauvoir (1990), em uma concepção decorrente do desenvolvimento. Essa afirmação tem lados positivo e negativo.

Pelo caráter sociocultural do envelhecimento, viver uma velhice satisfatória depende da responsabilidade pessoal, resultado da qualidade da interação das pessoas em mudança vivendo em uma sociedade em constante transformação.

A dificuldade de encarar a própria velhice com suas limitações e angústias é, talvez a mesma dificuldade de se pensar o futuro, de ser consciência da paisagem e do tempo e da existência. Muitos preferem pensar na morte dizendo “morrerei antes de ficar velho”, porque não conseguem encarar esse fantasma [...] (BEAUVOIR, 1990, p. 130).

A inclusão dos idosos no rótulo “terceira idade” tem criado novos recortes, como o chamado idoso jovem. A terceira idade torna-se assim uma fase da vida que ajuda a realidade social. Portanto, quando dizemos envelhecimento, no cotidiano, estamos nos referindo a um estado que qualificamos como terceira idade.

A velhice não pode ser considerada o fim da vida, e sim uma etapa como a infância, a adolescência entre outras. A sentença de que ao idoso só resta esperar a morte é um grande equívoco para aqueles que não se modernizam, afirma Freire (2006).

O envelhecimento ativo envolve todas as dimensões de nossa existência, sejam física, mental, social e até espiritual. Todos nós envelhecemos um pouco a cada dia que se passa. O envelhecimento é um processo natural e deve ser acolhido sem nenhuma restrição ou medo.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), 65 anos é o limite inicial dessa fase, enquanto a Organização das Nações Unidas considera os 60 anos o marco dessa tênue fronteira. A classificação de uma pessoa como sendo velha, para Neri (1991, p. 79), começa de forma ambígua, com a questão cronológica a partir do nascimento, visto que “[...] idades

funcionam como ‘relógios sociais’, estabelecendo agendas para o tempo e o ritmo esperados [...]”. Neri e Wagner (1985) também relatam a velhice como um “estado de espírito”, condicionada a fatores diversos, como a personalidade.

Após discutir os resultados da pesquisa Neri (1991, p. 81) conclui que, “[...] em suma, a questão é polêmica. Conhecê-la melhor talvez permita adentrar os complexos caminhos da estrutura e da dinâmica das relações sociais, bem como seus intercâmbios com a identidade das pessoas”.

A autora, após a apresentação dos resultados da pesquisa sobre os significados de velhice, realizada em 1997, a partir de categorias etárias, cuja pretensão, segundo ela, não é antropológica nem sociológica, acrescenta: “Essa pesquisa foi motivada pelo desejo de saber que tipo de definição etária os sujeitos utilizavam para avaliar velho, velhice e envelhecimento. Agora sabemos que eles o fazem segundo os critérios sociais predominantes [...]” (p. 88).

A angústia de Neri (1991) recai sobre a vasta tentativa, nas pesquisas já existentes, de se procurar estabelecer um conceito fechado para a velhice e restringir seu significado ao âmbito do interesse pessoal do pesquisador. Em sua opinião, esse entendimento acaba por delinear um quadro predominantemente ideológico que reforça o caráter mitificante, estereotipado e preconceituoso sobre a velhice. Sua crítica torna-se mais acirrada, sobretudo quando transportamos para o campo da pesquisa em Ciências Humanas as tentativas de se definir esse objeto.

Então, o que há em relação ao que significa ser velho no Brasil são opiniões. E muitas. De leigos e profissionais. Se quem responde à questão tiver uma pitada de informação ou de sofisticação intelectual, poderá repetir Simone de Beauvoir (1970), e dizer que o velho brasileiro vive uma situação de escândalo. Poderá apoiar-se no discurso sociológico para indicar a situação de marginalidade a que o sistema econômico lança seus membros não produtivos; [...] Apoiado num discurso antropológico, nosso informante um pouco mais sofisticado poderá referir-se aos efeitos da urbanização e da industrialização sobre o status do velho, lembrando que em sociedades primitivas, ele merece mais consideração do que nas que viveram ou vivem o processo de modernização. (NERI, 1991, p. 32, grifo da autora).

Interessa em Neri (1991), a sua perspectiva sobre a eficácia desses estudos, quando aponta a dependência do modo como são produzidos e a quem se destinam. A partir daqui, o significado de velhice tomaria múltiplas facetas em confronto com a diversidade de elementos a serem relevados nesse tipo de pesquisa: fatores individuais, interindividuais, grupais e socioculturais.

Todavia, o envelhecimento também não pode ser considerado como um processo homogêneo, pois “[...] cada pessoa vivencia essa fase da vida de uma forma, considerando sua história particular e todos os aspectos estruturais (classe, gênero e etnia) a ela relacionados, como saúde, educação e condições econômicas [...]” (MINAYO; COIMBRA JR., 2002, p. 14).

## 2.2 TERCEIRA IDADE

A terceira idade pode ser definida sob vários aspectos. Além dos numéricos, podem ser considerados outros fatores, tais como: a independência funcional do indivíduo nas diversas faixas etárias, sua condição social, os aspectos relativos à QV familiar e individual e as condições espirituais do ser humano (LUSTRI; MORELLI, 2004).

Albuquerque (2005) destaca que três aspectos devem ser observados no processo de envelhecimento e de ingresso na terceira idade: o bem-estar biológico, psicológico e comportamental. Coloca ainda que associar a idade cronológica ao envelhecimento aproxima-se do conceito de longevidade, por meio apenas de uma percepção leviana, eximindo assim o caráter social e histórico envolvido neste.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1998), a terceira idade é considerada a partir dos 65 anos, quando então há necessidade de a pessoa receber mais atenção, voltada às transformações fisiológicas que começam a se manifestar acentuadamente. A legislação brasileira estipula o mesmo limite inicial de atendimento ao idoso (art. 2º, Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994) (BRASIL, 1994).

Jacob, Chiba e Andrade (2000) afirmam que, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, o envelhecimento é reconhecido como uma das mais importantes modificações na estrutura da população mundial. Sendo que para a Estatística Mundial de Saúde, em 1950, o Brasil ocupava o 16º lugar em população com idade igual ou superior a 60 anos, com 2,1 milhões de idosos. Em 2025, estima-se que esse contingente se elevará para 31,8 milhões, o que nos elevará à 6ª posição.

No Brasil, a população idosa atinge 9,9 milhões de pessoas, com uma taxa de crescimento anual de 3,7% ao ano, mais do que o dobro da taxa de crescimento da população total, que é de 1,4% ao ano (JACOB; CHIBA; ANDRADE, 2000).

A Organização Mundial de Saúde (2002) manifesta sua preocupação com o aumento da expectativa de vida e diminuição da QV, principalmente considerando a incapacidade e a dependência. Nesse aspecto, salienta a influência da atividade física, pois esta constitui um instrumento de promoção à saúde em qualquer faixa etária, em especial no idoso, induzindo a várias adaptações fisiológicas e psicológicas. Ela propõe também o termo de envelhecimento ativo, que é definido como sendo o processo de aperfeiçoar oportunidades para a saúde, a participação e a segurança de modo a melhorar a QV no processo de envelhecimento de cada pessoa.

### 2.3 ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO

O envelhecimento biológico leva à diminuição das reservas funcionais do organismo. A redução da funcionalidade é observada em todos os aparelhos e sistemas: musculoesquelético, nervoso central e periférico, cardiovascular, pulmonar, endócrino e renal. Porém, a velocidade e a extensão desse declínio variam muito entre os diversos tecidos e funções, como também de um indivíduo para outro (PEREIRA; ANDRADE FILHO, 2001).

De acordo com Simões (1998), a idade cronológica é perceptível e varia no julgamento de indivíduo para indivíduo. Entretanto, se a ótica de análise for fisiológica, a variação pode ser de até 30 anos em relação à cronológica. A conceituação cronológica do idoso é apenas uma função linear de expectativa de vida.

Simões (1998) cita que a maturação biológica difere da maturação cronológica. Um fator a ser relevado é a individualidade biológica, na qual predomina nossa herança genética.

As alterações da idade caracterizam a senescência e são facilmente observáveis ou mesmo sentidas por todos nós, mas os mecanismos biológicos que concorrem para o seu desenvolvimento permanecem, em grande parte, desconhecidos. Vandervoort (2000) relata que o envelhecimento é um processo geneticamente programado que vai do nascimento até a morte.

As ações motoras desempenhadas durante a nossa vida também podem ser consideradas fatores que influenciam na boa manutenção delas na velhice. Nessa fase, os padrões funcionais já não são os mesmos de outrora, e essa carga de experiências motoras é

chamada de fenótipo<sup>1</sup>.

O envelhecimento é a manifestação de eventos biológicos que ocorrem ao longo de um período em ritmos diferentes para cada pessoa. Representa as perdas na função normal que ocorrem após a maturação sexual e continuam até a longevidade máxima (LENDZION et al., 2002).

Um conceito mais recente que define a velhice como uma fase do processo evolutivo vem substituindo, na maioria das sociedades, o antigo significado do envelhecer, conceito que trazia toda uma carga de negatividade. A velhice não formava objeto de preocupação social; antes, os idosos eram tratados com atitudes caridosas e benevolentes com a finalidade de ocultar os valores negativos que a sociedade que se modernizava lhes impunha. Considerava-se o idoso como alguém que existiu no passado, que realizou o seu percurso psicossocial e espera o fatídico momento para “sair da cena do mundo” (BIRMAN, 1995).

Atualmente, continua o mesmo autor, a velhice passa a ser objeto de cuidado e de atenção especiais, que eram, com certeza, inexistentes nos últimos dois séculos. A mudança que vem se observando nas relações que a sociedade forma com a velhice não se verifica apenas a de valores, mas a de aumento da esperança de vida em consequência do progresso da medicina que, com todo o aparato tecnológico existente, enfrenta as doenças crônicas beneficiando a longevidade e contribuindo, dessa forma, como um dos fatores, para o aumento expressivo da população idosa, principalmente nos países jovens.

Meirelles (1999) comenta que, de acordo com os gerontologistas, o processo de envelhecimento começa desde a concepção, sendo então a velhice definida como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações tanto morfológicas como funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente. Isto ocasiona maior vulnerabilidade dele aos processos patológicos e sua maior incidência, o que pode levá-lo à morte.

---

<sup>1</sup> Fenótipo são condicionamentos motores adquiridos durante todas as fases da vida que oportunizam ao idoso a continuidade de uma forma um pouco mais lenta e diferenciada no que se relaciona à velocidade de execução e precisão das atividades físicas já familiarizadas.

Tubino (1984) reforça a existência de um decréscimo das habilidades motoras e funcionais nas pessoas, e que essas mudanças têm clara diferenciação de pessoa para pessoa, ou seja, individualidade biológica<sup>2</sup>, e isso explica com facilidade as diferenciações entre os seres humanos em todas as fases de sua vida. Baseado na individualidade biológica, que está diretamente correlacionada com o genótipo das pessoas, se explica e se comprova na prática que pessoas que recebem a mesma carga de treinamento físico tendem a ter diferentes níveis de desempenho, e isto não é diferente para os idosos. Aqueles que possuem uma herança genética privilegiada tendem a ter menos problemas motores com o avanço da idade.

O fenômeno da velhice é algo presente nas diversas épocas e em diversos lugares, fazendo parte da evolução da civilização humana. A velhice é uma etapa do desenvolvimento individual comum a todo ser humano, um processo natural e dinâmico. Investigações mais específicas afirmam que não é possível estabelecer conceitos universalmente aceitáveis com relação ao envelhecimento, no entanto, é possível destacar certos aspectos a ele associados.

O conceito de velhice em nossa sociedade está tradicionalmente relacionado ao sentir-se velho, abandonar seus ideais, fechar-se em seu próprio mundo, isentar-se de algumas atividades sociais, as quais permitam a “jovialidade de seu espírito”. Já em muitas sociedades antigas, como a chinesa, a judaica, a egípcia, ser velho é um sinal de fonte de conhecimento e poder, que se torna alvo de interesse de todos (SALGADO, 2001).

Do ponto de vista social, o estatuto da velhice é imposto ao homem pela sociedade à qual pertence, a partir do momento em que essa sociedade destina ao velho o seu lugar e o seu papel. Como ressalta Veras (1997), a velhice é uma instituição política que impõe a perda de poder e a anulação de direitos do indivíduo após certo número de anos. O cidadão é velho não apenas em decorrência da continuidade da vida, mas porque assim é decretado.

Para Olszewer (1994) o envelhecimento deve ser considerado um processo normal ou fisiológico da vida, e que o fato mais importante é dar qualidade aos anos por viver e não a quantidade, conceito que nos permita aproveitar melhor os ensinamentos da vida, assim como definir as melhores formas de aproveitar com a experiência para as próximas gerações.

Portanto, a velhice também é um fator cultural. Para Veras (1997), partindo da categoria marxiana “trabalho”, afirma que este reflete uma inserção obrigatória do indivíduo

---

<sup>2</sup> O fenômeno que explica a variabilidade entre elementos da mesma espécie, o que faz com que não existam pessoas iguais entre si.



no sistema de relações econômicas e sociais, repercutindo na construção de sua subjetividade e na realidade concreta.

No campo ou na cidade, as dificuldades estão presentes. Além de se perceberem mais limitados do ponto de vista produtivo, com um reduzidíssimo mercado de trabalho, no momento da aposentadoria, os idosos se deparam com os irrisórios valores monetários desse direito previdenciário, fonte principal, ou única, de sua sobrevivência financeira (CASTRO; CABRAL, 1990).

Recentemente, surgiu a categoria “terceira idade”, denominada, socialmente, como “melhor idade”, instituindo um eufemismo e ocultando, muitas vezes, a percepção das necessidades, carências afetivas e até mesmo da contribuição social, que as pessoas de mais idade podem dar à sociedade.

Bourdieu (1980) diz ser a idade uma variável biológica, socialmente manejada e manejável. Desta forma, ela é plena de ambiguidades e não devemos tomá-la em consideração isoladamente como único valor para dizer quando alguém é velho. Devemos também considerar, entre outras, as seguintes variáveis: as influências do meio ambiente, as condições de trabalho, a classe social e o estilo de vida.

Nos dias de atuais, o tempo fora do trabalho ganhou outros significados: dispondo de mais tempo livre, os aposentados o utilizam, entre outros tempos sociais, em atividades de lazer.

Segundo Samuel (1984) o tempo livre está longe de se constituir, independentemente dos condicionamentos sociais, em um tempo particular de retorno sobre si mesmo e sobre os seus próximos, tornou-se um tempo social no seu sentido mais forte do termo, o que significa que ele pode ser o criador de novas relações sociais e portador de novos valores.

Todavia, inatividade, incapacidade produtiva e ausência de expectativas podem acabar se transformando em sinônimo de aposentadoria. Enfim, uma “cruz” a ser carregada pelo idoso e familiares.

Temos observado que algumas distinções tendem a se perpetuar: inicialmente a velhice tem um gênero, ela é predominantemente feminina. No entanto, sabemos que, apesar das conquistas sociais das mulheres e de sua emancipação, os homens é que são majoritários no poder, que fazem as leis, que ganham os melhores salários, que são os primeiros a serem empregados e os últimos a ficarem desempregados.

## 2.4 ENVELHECIMENTO MOTOR

O nível de força do homem tem um decréscimo a partir dos 30 anos. A nomenclatura “idoso” é usada, segundo a Organização Mundial de Saúde (1998), para pessoas a partir dos 60 anos de idade. Existe, portanto, uma grande lacuna temporal que permanece inclassificada, tornando-se um grande véu para as pesquisas.

Compreender o processo de envelhecimento nas estruturas musculoesqueléticas é situação de extrema importância para a atuação fisioterapêutica no âmbito não só curativo, mas principalmente dos profissionais de Educação Física no preventivo. Com o envelhecimento, há uma redução nas capacidades de reserva do aparelho locomotor pela perda de células capazes de funcionar normalmente (PEREIRA; ANDRADE FILHO, 2001).

O envelhecimento provoca disfunções corporais que comprometem principalmente ações motoras que, em tempos anteriores, eram executadas com facilidade; surgem problemas relativos ao equilíbrio estático e dinâmico, coordenação motora global, noção espaço-temporal, diminuição do tônus muscular, desgaste ósseo e articular.

Ocorrem alterações nos músculos, nos ossos e nas articulações, que repercutem tanto na estrutura morfológica como na mobilidade, conseqüentemente, interferindo nas atividades da vida diária (MORIMOTO et al., 2006; RUIPEREZ; LLORENTE, 2001).

A perda de tecido ósseo ocorre de maneira diferente no homem e na mulher. Na mulher não há perda óssea significativa antes da menopausa, porém, após esse fenômeno, o processo é mais intenso do que nos homens, originando uma perda geral da massa óssea denominada de osteopenia. Isto pode ser observado quando se analisa a densidade óssea, tanto no tecido compacto como no esponjoso (JACOB FILHO; SOUZA, 2000; LUSTRI; MORELLI, 2004).

Explica Shephard (2003, p. 78):

Há pouca dúvida de que o adulto jovem que participa de exercícios regulares com cargas ou levantamentos com pesos desenvolva um conteúdo mineral ósseo mais alto do que a pessoa sedentária. Portanto, muitos anos se passam para que a densidade óssea de uma pessoa ativa se deteriore até um nível em que a fratura patológica torne-se provável.

A maioria dos idosos demonstra, por meio de testes relacionados à quantidade de gordura corporal, uma diminuição na massa magra dos tecidos, podendo ocorrer uma sarcopenia nos grupos musculares responsáveis pela locomoção e equilíbrio, além de um alto percentual de perda de minerais ósseos (CARNAVAL, 2003).

A execução de atividades físicas pelos idosos, orientadas por profissionais de educação física, tem se mostrado uma arma contra a inatividade e o sedentarismo. Essa prática regular proporciona ao seu praticante uma gama enorme e variada de benefícios relacionados à saúde e aquisição de uma melhor QV. As ações esportivas e recreativas de projetos voltados para os idosos têm se mostrado de extrema valia à sociedade em geral, possibilitando ao idoso, muitas vezes, uma nova, ou até mesmo a única, expectativa de convívio em grupo onde ele se sente integrado e feliz. O Estatuto do Idoso (Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003) afirma que os idosos têm o pleno direito ao lazer (BRASIL, 2003). A prática esportiva nessa faixa etária tem um forte apelo ao lazer, por meio das modificações e adaptações de regras dos esportes.

De acordo com Cotton (1998), os idosos se subdividem nos seguintes grupos:

- a) fisicamente dependentes: necessitam melhorar suas funções para que estas permitam a eles realizar as atividades de autocuidado;
- b) fisicamente frágeis: necessitam melhorar as funções que lhes permitem realizar tarefas como cozinhar, limpar a casa, entre outras;
- c) fisicamente independentes: necessitam melhorar e manter as funções físicas que lhes dão independência e previnem doenças, incapacidades ou lesões que possam levá-los à fragilidade;
- d) fisicamente ativo-aptos: necessitam manter em nível ótimo a aptidão física e funcional, ou seja, a força e a resistência muscular, a flexibilidade, a endurance cardiovascular, o equilíbrio, o tempo de reação e de movimento, a agilidade e a coordenação;
- e) atletas: necessitam de treinamento que mantenha o nível de aptidão física e condições de *performance* máximas, específicas das atividades competitivas ou recreativas.

## 2.5 ENVELHECIMENTO PSICOSSOCIAL

Stella, Pacheco e Sé (2004) afirmam que a terceira idade não deve ser associada a doenças. Porém, quando agregada a uma QV desfavorável, pode acarretar ao idoso, antecipadamente, um conjunto de doenças crônico-degenerativas, dentre elas, as enfermidades neuropsiquiátricas, em que a depressão a demência, os distúrbios de comportamento e os sintomas psicóticos apresentam grande prevalência.

Com a chegada da velhice, ocorrem mudanças substanciais no sistema motor, e também podem ser significativas nos aspectos cognitivos.

Conforme Neugarten (1977), há pessoas que passam por essas mudanças comportamentais decorrentes da aposentadoria. Há dados que demonstram que muitos idosos passam por esse período de forma desastrosa, vindo a se desligar da sociedade, vivendo em completo isolamento social. A criação e execução de atividades esportivas e culturais direcionadas ao esse público fazem com que, por meio de sua participação, seja reativado o sentimento de estar inserido socialmente, despertando o gosto pela convivência em sociedade.

Esse tipo de atividade pode ser bem-examinada por meio da participação dos idosos em atividades esportivas competitivas e recreativas, servindo como um grande fator motivacional e integrador para essa parcela da população. A sistematização de projetos esportivos e culturais voltados para o idoso, independente de sua linha estrutural, política pública, projetos de instituições privadas, entre outros, dinamiza e estimula a prática de maneira diversificada e direcionada, dando um grande alento na melhoria da QV dos participantes.

Segundo o artigo 20, do Estatuto do Idoso, o idoso tem direito à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, a diversões, produtos e serviços que respeitem sua típica condição de idade (BRASIL, 2003).

Para Damasceno (1999), de modo geral, o envelhecimento afeta, sobretudo, a memória prospectiva e a evocação livre e tardia de material verbal, preservando a lembrança baseada em pistas contextuais, deixando relativamente intactos o vocabulário e o processamento sintático. Enquanto altera a lembrança de palavras, também podem ser observadas alterações referentes à narrativa, omissão de passos essenciais durante a descrição de procedimentos, e na conversação, dificuldade de compreensão.

Lezak (1995) destaca que, com o envelhecimento, ocorre também um processo de lentificação global (tanto no processamento de informações quanto na realização motora de uma tarefa). Os idosos participantes deste estudo, em sua maioria, participam de atividades físicas direcionadas e modificadas, com adaptações que visam a possibilitar a prática segura e saudável da modalidade escolhida, trazendo a eles o prazer da prática, a integração ao grande grupo e a possibilidade de se manterem fisicamente um idoso atleta ativo e independente.

Na visão de Fajardo et al. (2003), a deteriorização gradual dos processos sensoriais leva o idoso a se isolar e causa considerável impacto sobre seu psiquismo, alterando sua autoimagem, já que muitos de seus amigos já morreram ou se encontram também bastante limitados pelo próprio processo do envelhecimento ou por enfermidades crônicas.

Nesse momento da vida é reforçada a importância da convivência social. Existe uma clara tendência de afastamento e introversão, pois o grupo social já não é o mesmo. Com a aposentadoria, os vínculos com antigos amigos do trabalho se enfraquecem e até se rompem. Os esposos, esposas, amigos e conhecidos muitos deles falecem, os filhos muitas vezes não dispõem de tempo para lhes despertar atenção e cuidado e o idoso fica mais vulnerável até mesmo no aspecto espiritual, fator que é imprescindível para a manutenção das suas aspirações e anseios. Fajardo et al. (2003) colocam a importância da manutenção do nível de convivência familiar e social, para a manutenção das qualidades cognitivas básicas do idoso.

Esses mesmos autores citam ainda que o papel da família se intensifica ou cria um valor inestimável. Caso a relação seja pautada no afeto e respeito mútuo, pode-se vislumbrar uma melhor aceitação pela pessoa idosa de seus limites e novas possibilidades, estabelecendo assim uma convivência prazerosa.

A solidão e a depressão podem ser facilmente associadas aos idosos, muitas vezes pelo fato da não aceitação deles, que buscam o isolamento, pois se sentem em condições menos favoráveis que outrora em sua vida.

Stella, Pacheco e Sé (2004) destacam também a importância do diagnóstico neuropsiquiátrico para o planejamento das intervenções, bem como a importância da integração efetiva ao tratamento dessas manifestações em idosos, proporcionando assim orientações e apoio aos cuidadores, visando à melhoria da QV do paciente, da família e do próprio cuidador.

### **3 QUALIDADE DE VIDA**

---

### 3.1 HISTÓRICO DA QUALIDADE DE VIDA

Segundo Neri (2004), a primeira vez que a expressão “qualidade de vida” apareceu no banco de dados bibliográficos *Medline* foi em 1966, e no *Psychological Abstracts*, em 1931. Desde sua origem, essa denominação foi sofrendo especificações, e diferentes pesquisadores a adotaram para diversos temas, dentre eles, a terceira idade.

O significado de QV tem sido investigado por filósofos desde a Antiguidade, com relatos até mesmo antes da Era Cristã descobertos pelo desenvolvimento histórico-cultural da humanidade. Aristóteles (384-322 a.C.), em escritos como *Nicomachean Ethics* (aproximadamente 350 a.C.), referiu-se à relação entre a vida boa ou bem-estar e felicidade, porém concluiu que há divergências sobre o significado de felicidade, podendo variar de indivíduo para indivíduo, bem como de momento para momento, dependendo das experiências vividas. Já Sócrates (469-399 a.C.) mencionava que o importante não era o tempo de vida, mas, sim, o modo como se vive (VIDO; FERNANDES, 2007).

Beck, Budó e Gonzales (1999) referem que expressão “qualidade de vida” surgiu antes de Aristóteles, sendo, primeiramente, a palavra interpretada como “felicidade e virtude”, as quais, quando obtidas, proporcionam ao indivíduo “boa vida”. Conduzia-se também o termo como bem-estar, necessidade, aspiração e satisfação. Em 1947, segundo os mesmos autores, a Organização Mundial de Saúde adotou como referência de QV a saúde, abrangendo também padrões de vida, de moradia, condições de trabalho, acesso a médico, dentre outros.

Com isso, nota-se que a QV desde a Antiguidade já era compreendida como resultado de percepções individuais, podendo variar conforme a experiência do indivíduo em um determinado momento (FERNANDES et al., 2007). Em 1964, a expressão “qualidade de vida” ganhou destaque na mídia, quando o presidente dos Estados Unidos da América do Norte Lyndon Johnson (1908-1973) a utilizou em referência ao sistema bancário norte-americano e para dizer também que os objetivos propostos em uma organização bancária só podem ser medidos por meio da QV que proporciona às pessoas. Desde então, a expressão tem sido definida de diversas maneiras, por diferentes autores. De acordo com Fleck (2008), a partir da definição de saúde da Organização Mundial de Saúde, em 1940, como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença ou enfermidade, estabeleceu-se um ponto importante para a definição de QV.

À primeira vista, o conceito de qualidade de vida e a dura rotina de oito, dez horas de trabalho por dia dentro de uma empresa parecem coisas incompatíveis. Mas não são, já que a promoção da qualidade de vida em empresas pode fazer muito para que as pessoas se conscientizem da importância de viver e trabalhar com hábitos saudáveis, além de ser uma maneira para motivar as pessoas a entender e trabalhar dentro das novas estruturas organizacionais. A base para o sucesso empresarial e o crescimento profissional era até pouco tempo atrás a competência técnica de seus empregados, mas atualmente percebe-se que este não é mais o foco principal para o sucesso nas empresas. Estas requerem de seus profissionais um percentual cada vez maior de competência emocional, buscando uma qualidade pessoal/profissional para sua realização; isto está inserido na qualidade de vida no trabalho.

Conforme Aranha e Martins (1993), na Idade Média, Santo Tomás de Aquino quis reabilitar o trabalho manual, dizendo que todos os trabalhos se equivalem, mas, na verdade, a própria construção teórica do seu pensamento, calcada na visão grega, tende a valorizar a atividade contemplativa. No início do século XVII, houve uma grande mudança nos processos industriais. A população mundial crescia aceleradamente, o mercado consumidor estimulava a produção em grande escala e induzia ao aprimoramento tecnológico. A mão de obra tornava-se abundante: parte, por causa do crescimento populacional; parte, proveniente do meio rural.

Segundo Fernandes (1996, p. 24), “A qualidade é antes de tudo uma questão de atitude. Quem faz e garante a qualidade são as pessoas, muito mais do que o sistema, as ferramentas e os métodos de trabalho.”

Rodrigues (1994, p. 76) ressalta que “A qualidade de vida tem sido uma preocupação do homem desde o início de sua existência com outros títulos em outros contextos, mas sempre voltada para facilitar ou trazer satisfação e bem estar.”

A palavra que designa QV é, portanto, “respeito”, ou melhor, “humanismo”. Humanismo, para Amatuzzi (1999, p. 90), “[...] pode ser aplicado a qualquer filosofia que coloque o homem no centro de suas preocupações, em relação a um desprezo pelo que é essencialmente humano”.



## 3.2 QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE

A expressão qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) surgiu no meio médico e em inglês *health related quality of life*, e foi definida como valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamentos e outros agravos (GIACHELLO, 1996 apud CARVALHO, A., 2009). A QVRS surgiu na década de 1990, incorporando, acentuadamente, os aspectos relacionados ao processo saúde-doença e o impacto dessa condição no dia a dia dos indivíduos (SCHWARTZMANN, 2003).

Segundo Seidl e Zannon (2004), a primeira menção na literatura médica ocorreu na década de 1930, baseada em levantamentos de estudos objetivando a definição e que fazia referência à avaliação da QV. Os mesmos autores entendem que, a partir da década de 1980, a QV esteve mais em voga por meio de inúmeros estudos empíricos, buscando melhor compreender o fenômeno.

O conceito de QV carrega a necessidade de valorizar referências mais amplas sobre a saúde, além de significar apenas remissão dos sintomas, diminuição da mortalidade e aumento da expectativa de vida (FLECK; LEAL et al., 1999).

Segundo Fleck (2008, p. 25), a Organização Mundial de Saúde, em 1994, por meio do seu grupo de QV, definiu que QV é a “[...] percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.” Definiu-se também a QV como “[...] as percepções individuais das pessoas, de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e sistema de valores nos quais ela vive, e em relação as suas metas, expectativas, padrões e interesses [...]”.

Nos últimos anos, a QV tem se tornado uma busca constante da população mundial, estando conceituada ao desenvolvimento humano, com variadas definições que são alvo de estudos e interpretação no nosso cotidiano.

Souza e Guimarães (1999) e Guimarães, Lima e Souza (2007) ressaltam que a expressão qualidade de vida é usada em vários setores da sociedade e campos de estudos: saúde, filosofia, política, cidadania, religião, economia, cultura, entre outros. Souza e Guimarães (1999) mencionaram também que a qualidade de vida é um conjunto em harmonia

e em equilíbrio com as realizações em todos os níveis, tais como: saúde, trabalho, lazer, sexo, família e, também, desenvolvimento espiritual.

Qualidade de vida, para Wilhien e Déak (1970 apud CARDOSO, 1999, p. 78),

[...] é a sensação de bem-estar do indivíduo. Este é proporcionado pela satisfação de condições objetivas (renda, emprego, objetos possuídos, qualidade de habitação) e de condições subjetivas (segurança, privacidade, reconhecimento, afeto).

A expressão qualidade de vida é baseada nos direitos da Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada na Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1948. No artigo 25, inciso I, a Declaração estabelece que:

Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948, p. 11).

A expressão qualidade de vida comparada à saúde é mais abrangente e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não limitando, a sua condição de saúde e as intervenções médicas (FLECK; LEAL et al., 1999).

Para Potter e Perry (2004), é difícil imaginar um conceito cuja definição seja mais pessoal ou mais artilosa que o da qualidade de vida. Para cada indivíduo, a qualidade de vida é algo interessante, pessoal e particular. Ainda assim, a sociedade utiliza medidas de qualidade de vida para ajudar os benefícios da intervenção médica, existindo, em consequência disso, abundante discussão sobre a qualidade de vida.

Souza e Guimarães (1999) relatam que, na década de 1980, houve grande crescimento nas pesquisas na área de qualidade de vida nas diversas culturas. Estudos englobando inúmeras culturas vêm sendo desenvolvidos por agências filantrópicas, agências de cuidados de saúde e instituições universitárias, entre outros. Essas pesquisas focalizam-se em questões que têm um impacto na qualidade de vida, como a superpopulação, pobreza, terremoto,

urbanização, industrialização, migração e campanhas de imunização. Daí a necessidade da inclusão de variáveis culturais na avaliação de qualidade de vida.

A qualidade de vida não pode estar relacionada apenas à resolução dos problemas básicos de sobrevivência, mas deve contemplar também a garantia de condições de conforto e satisfação psicológica e física, individual e familiar dos indivíduos e, ainda, deve ser entendida como a sensação do bem-estar de cada um, dependendo esta tanto de materiais e objetos quanto de aspectos subjetivos (WILHEIM, 1978 apud CORRÊA; TOURINHO, 2001).

Para Levi e Anderson (1980 apud RUEDA, 1997), acima do nível mínimo de sobrevivência, o determinante de qualidade de vida é o ajuste ou a coincidência entre as características da realidade objetiva e as expectativas, capacidades e necessidades do indivíduo ou do grupo social, tal como eles mesmos as percebem. As diferenças de expectativas, capacidades e necessidades subjetivas verificadas entre indivíduos e grupos sociais distintos podem, então, ajudar a explicar por que sociedades com patamares semelhantes de atendimento de necessidades básicas apresentam indicadores diferentes de qualidade de vida, bem como por que uma sociedade com níveis diferentes de atendimento possui indicadores semelhantes (CORRÊA; TOURINHO, 2001).

Segundo Souza (2004), os instrumentos utilizados para avaliar a QV dos indivíduos devem ser de fácil entendimento, rápidos em relação ao preenchimento (respostas), confiáveis e válidos. Fleck (2008) destacou instrumentos de QV, como: a) genéricos: Sickness Impact Profile, Nottingham Health Profile, Hand Health Index Questionnaire, SF-36, World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100); e b) específicos: Kidney Disease Questionnaire, Kidney Disease and Quality of Life-Long Form, Dialysis of Life Questionnaire, Quality of Life Epilepsy, European Organization for Research and Treatment of Cancer, Illness Effects Questionnaire, dentre outros. Já os instrumentos, de acordo com o autor, devem passar por um processo de tradução e validação para posterior utilização em diferentes culturas.

Ramos (1997) define a QV como um conjunto harmonioso e equilibrado de realização de todos os níveis, como: saúde, trabalho, lazer, sexo, família e desenvolvimento espiritual. Portanto, seu pleno significado é composto de inúmeras definições que são pesquisadas, buscando a aceitação do mundo globalizado onde vivemos. Por meio da sociologia, aprendemos que os costumes e anseios humanos se diferem de acordo com a sociedade em que se está inserida.

A saúde é uma percepção importante e presente nos itens correlacionados à QV, aparecendo como um domínio voltado ao bem-estar humano. O tema saúde está inerente à obtenção da QV ou de sua melhoria, independentemente do nível socioeconômico, condições habitacionais em diversas regiões, sincretismo religioso ou biótipo racial. Ser saudável é mais que um desejo, é uma busca dos seres humanos que os direciona à prática de ações salutares em prol da aquisição e manutenção da saúde por meio de hábitos alimentares positivos, prática de atividades físicas orientadas, entre outras ações.

### 3.3 A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE E O ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA

Na atualidade, reconhece-se que medidas objetivas de QV e QVRS são ferramentas importantes no auxílio de aspectos da população em geral (QV) e nas análises de intervenções terapêuticas e do grau de satisfação do indivíduo com sua saúde e seu tratamento (QVRS). Existem vários instrumentos utilizados para avaliar a QV do indivíduo. São classificados em duas categorias: genéricos (aplicadas à população em geral, independente da condição do indivíduo) e específicos (detectam aspectos do estado de saúde de indivíduos com doenças ou agravos específicos) (PASCHOAL, 2000).

O conceito de qualidade de vida da OMS, embora estabelecido pelo órgão gestor da saúde no mundo, abrange áreas distintas do comportamento humano na busca de um construto de QV que se inter-relaciona com as diversas dimensões do ser humano, nos seus aspectos cognitivo, motor e psicológico (FLECK; LOUSADA et al., 1999).

Farquhar (1995), decorrendo de uma revisão da literatura até os primeiros anos da década de 1990, propôs uma taxonomia das definições sobre QV então existentes, dividida em quatro tipos: 1) global; 2) com base em componentes; 3) focalizada; 4) combinada.<sup>3</sup>

A maioria dos instrumentos de avaliação de QV foi formulada em língua inglesa. The Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) foi criado com a

---

<sup>3</sup> 1) Definição global: tendem a centrar-se apenas em avaliação de satisfação/insatisfação com a vida; 2) definição com base em componentes: iniciam-se a priorização de estudos empíricos e a operacionalização do conceito; 3) definição focalizada: valoriza componentes específicos, em geral voltados para habilidades funcionais ou de saúde; 4) definição combinada: incorpora aspectos dos tipos “1” e “3”, favorece aspectos do conceito em termos globais e abrange diversas dimensões que compõem o construto.

finalidade de ser um questionário genérico de avaliação de saúde, de fácil administração e compreensão, porém sem ser extenso como os instrumentos anteriores. Tem sido aplicado com sucesso na população em geral. Esses instrumentos se mostram precisos e confiáveis, e com o avanço nas pesquisas voltadas para a QV, tornaram-se necessárias subdivisões voltadas para diversos públicos. Ao serem contemplados nos mais diversos estudos, essa evolução facilitou a percepção e a condução das pesquisas e seus resultados.

É importante ressaltar que o ser humano traz consigo sentimentos, ambições, cria expectativas, envolve-se, busca o crescimento dentro daquilo que desenvolve e realiza. Então, é preciso que deixemos de lado aquela ideia de que o aluno vive tão somente para a obtenção de ganhar dinheiro, que nega seus sentimentos, que não se frustra com a falta de crescimento, que não se aborrece com o total descaso das pessoas a sua volta que apenas lhe cobram a tarefa e não o orientam, que lhe negam o acesso às informações, que o tratam apenas como uma peça a mais na própria vida. É necessário que saibamos que, cada vez que ele entra em uma instituição de ensino, está entrando um “ser” integrado e indivisível, com direito a todos os sonhos de autoestima e autorrealização.

Qualidade de vida deve corresponder objetivamente à obtenção do bem-estar, ou seja, tornar o ambiente saudável, humano; por isso, seus fatores têm de ser claros e nítidos. Ambiente saudável, propício ao conhecimento, higienização adequada são alguns dos requisitos já que não busca apenas a justa remuneração.

A princípio, pode-se pensar que as exigências por melhor qualidade de vida refiram-se apenas à remuneração; mas é especialmente no que se refere à melhoria das condições de vida. É preciso atentar-se para uma gama de fatores que, quando presentes em uma situação, se refletem na satisfação e participação do indivíduo, mobilizando suas energias e atualizando seu potencial.

Não podemos deixar de destacar entre as condições físico-psicológicas a motivação, fator imprescindível para atingir um ambiente criativo e saudável. Como criar então um ambiente onde as pessoas possam se sentir bem com elas mesmas e entre seus amigos, e estar confiantes na satisfação das próprias necessidades, ao mesmo tempo em que cooperam com o grupo? Se as pessoas não estão motivadas a fazer alguma coisa ou alcançar uma meta, pode-se convencê-las a fazer algo que preferiam não fazer, mas a menos que estejam prontas a assumir as atitudes e os valores do motivado.

A motivação é uma expressão que indica um estado psicológico de disposição ou vontade de perseguir uma meta ou realizar uma tarefa. As instituições de ensino que mantêm seus educandos motivados, sejam por meio de benefícios, incentivos e funções executadas, obtêm um elevado estímulo por parte dos educadores, resultando assim no atendimento das necessidades deles e nas expectativas quanto ao alcance dos objetivos.

De acordo com Matos (1997), os fatores que influem, decisivamente, sobre a motivação humana são: trabalho em grupo; reconhecimento, segurança e integração ao grupo; necessidades fisiológicas; necessidade de segurança material; necessidades sociais; necessidade do ego; necessidade de autorrealização.

Segundo Fernandes (1996, p. 24), “[...] a qualidade é antes de tudo uma questão de atitude. Quem faz e garante a qualidade são as pessoas, muito mais do que o sistema, as ferramentas e os métodos de trabalho.”

Sob a perspectiva humana, não há dúvida de que, sendo o trabalho vital para a vida das pessoas, a satisfação em realizá-lo contribui para que tenhamos uma sociedade melhor. Entretanto, apesar de toda a “badalação” em cima das novas tecnologias de produção, ferramentas da qualidade, os trabalhadores ainda se queixam da rotina de trabalho, de condições de trabalho inadequadas, e essa insatisfação tem, como consequência, gerado maior rotatividade de mão de obra, reclamações e greves mais numerosas, tendo um efeito marcante sobre a saúde mental e física dos trabalhadores, e, em decorrência, na responsabilidade empresarial.

Mudar as pessoas, transformar atitudes e posturas, modificar o comportamento humano é mais difícil do que ensinar uma nova tecnologia. É complicado e demorado. A solução reside na reeducação.

A atividade física melhora a postura e ajuda a combater maus hábitos. Na ausência dos exercícios diários, nossos músculos tornam-se fracos e tensos. Porém, antes que as pessoas comecem a praticar atividades físicas é necessário que se faça um *check up* das condições cardíacas e outros testes para comprovação do condicionamento físico. De fato, os exercícios são fundamentais para que as pessoas possam viver com saúde e com qualidade de vida.

### 3.4 QUALIDADE DE VIDA, ENVELHECIMENTO E ATIVIDADE FÍSICA

Carvalho Filho (1996) conceitua o envelhecimento como um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão alterando progressivamente o organismo e tornando-o mais suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas que terminam por levá-lo à morte.

Vilarta e Gonçalves (2004) descrevem sobre o assunto QV e atividade física e colocam ainda a necessidade de se organizarem os instrumentos de modo adequado às condições sociais, demográficas, econômicas, industriais, ambientais, de saúde, culturais, dentre outras.

De acordo com o Estatuto do Idoso (Lei n. 10.741/2003), a pessoa com 60 anos ou mais tem seus direitos fundamentais inerentes assegurados, portanto promovendo todas as oportunidades e facilidades para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (BRASIL, 2003).

Segundo Robledo (1994), os estudos voltados para a geriatria ainda são em números bastante reduzidos, dificultando o delineamento de políticas públicas e ações voltadas para um atendimento mais direcionado e apropriado para a pessoa idosa, possibilitando uma intervenção de forma rápida na promoção de sua QV, melhoria na saúde e até mesmo a reabilitação breve de disfunções corpóreas ocasionadas pela velhice. O idoso tende a ter sua homeostase sempre em risco, seja pela diminuição dos seus afazeres, seja pela falta de incentivo e motivação e até mesmo pelas mudanças corpóreas que vivencia. Portanto, a saúde no idoso, sem sombra de dúvidas, deve ser a faceta prezada para a obtenção ou manutenção da QV.

O envelhecimento pode ser analisado a partir dos pontos de vista cronológico, biológico, psíquico, social, fenomenológico e funcional, cada qual com suas especificidades e respondendo diferentemente aos questionamentos em relação ao processo de envelhecer (ROBLEDO, 1994).

Portanto, envelhecer é condição que está correlacionada aos seres vivos sem distinção de credo religioso, raça, condição financeira e nível de instrução. O que pode diferenciar as

condições melhores ou piores no fator do envelhecimento são fatores de genótipos adquiridos durante as outras fases da vida, porém, ferramentas voltadas para as atividades físicas poderão atuar de forma positiva na construção de uma velhice com uma melhor QV.

Sabe-se que o estilo de vida atual tem levado cada vez mais um número de pessoas ao sedentarismo. Então os hábitos saudáveis a serem adquiridos, a participação em programas de atividades físicas, asseguram maior independência, autonomia e melhor condição de saúde, aumentando o senso de bem-estar, a crença de autoeficácia e a capacidade de o indivíduo atuar sobre o meio ambiente e sobre si mesmo (VITTA, 2000).

A atividade física é fundamental para melhorar a saúde física e mental das pessoas. Nesse aspecto destaca-se a influência positiva da atividade física, pois esta constitui um importante instrumento de promoção à saúde em qualquer faixa etária, em especial os idosos, induzindo várias adaptações fisiológicas e psicológicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004).

Ações esportivas, recreativas ou competitivas, têm função primordial no fortalecimento da autoestima, na integração social e no fomento das qualidades físicas básicas que têm um considerável decréscimo de qualidade com a chegada da velhice. O idoso ativo esportivamente tem a plena consciência da importância da atividade física para a manutenção de suas qualidades físicas básicas, seu peso corporal, tonicidade muscular, apetite, capacidade cardiorrespiratória, sociabilização, padrão satisfatório de sono, manutenção do raciocínio (na prática esportiva existe a necessidade de se preverem ações, velocidade de raciocínio) e noção espaço-temporal, além da melhoria da visão periférica.

Conforme Okuma (1998), estudos em gerontologia têm demonstrado que a atividade física aliada a outros aspectos, tais como hereditariedade, alimentação adequada e hábitos de vida apropriados, pode melhorar em muito a QV dos idosos. Embora existam questionamentos em relação ao papel da atividade física no processo de envelhecimento, há muitos dados que configuram seu benefício incontestável para aqueles que a praticam, em relação à saúde física, mental, psicológica e social.

Para Carvalho Filho (1996), pode-se também destacar que existem os centros de convivência para idosos, também chamados grupos de idosos, grupos de terceira idade, clubes e similares, com diferentes objetivos, como para criar novos valores, novas maneiras de pensar e de agir.



A prática de atividades físicas para o público idoso é uma faceta da educação física não muito antiga. As ações voltadas para esse público estão divididas basicamente em três grandes áreas de concentração: atividades recreativas, voltadas para o lazer dos idosos, atividades reabilitatórias e inclusivas, objetivam a funcionabilidade motora e agrupamento social e atividades esportivas competitivas, direcionadas a *performance*.

Avaliar a qualidade de vida dos idosos não é tarefa fácil, por isso é necessário adotar critérios de natureza biológica, psicológica e socioestrutural. Elementos como longevidade; saúde biológica, saúde mental; satisfação; controle cognitivo, competência social; produtividade; atividade; *status* social; renda, continuidade de papéis familiares e ocupacionais e continuidade de relações informais (principalmente rede de amigos) são vistos como indicadores de bem-estar na velhice. Ainda não foi possível ter certeza do grau de importância de cada um, suas inter-relações e causas entre eles, mas se sabe que as diferentes variáveis relacionadas à qualidade de vida na velhice podem ter diferentes impactos sobre o bem-estar subjetivo (NERI, 2004).

Nos países desenvolvidos, a emergência da preocupação com o tema qualidade de vida ocorreu depois da Segunda Grande Guerra Mundial e coincidiu com o desenvolvimento de procedimentos e técnicas destinados à manutenção da vida de enfermos crônicos e terminais em faixas etárias diferentes. Isto gerou discussão sobre a relação custo-benefício, considerando tanto o bem-estar do indivíduo como os interesses da sociedade, dando assim início à inclusão do termo QV na medicina e, por consequência, na chamada área da saúde (NERI, 2004).

Essa questão é igualmente recorrente na geriatria, campo em que ocorrem dilemas de ordem ética e prática envolvendo a legitimidade e a oportunidade do prolongamento da vida de idosos, muito frágeis do ponto de vista físico e mental. O medo e a negação da velhice, associados às aspirações individuais e coletivas de retardar seu início e de manter a saúde, a funcionalidade e a aparência dos adultos jovens, foram e são fundamentais ao fortalecimento do interesse por caracterizar e promover boa QV na terceira idade (NERI, 2004).

O autor relata que, no Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, o interesse pela QV na terceira idade é ainda incipiente e fragmentado, provavelmente por ser a emergência da terceira idade um fenômeno social recente o qual se encontra inserido em um quadro forte de desigualdade social e de acentuadas carências.

Neri (2004) aponta para a necessidade de termos também de tomar providências culturais para a mudança de atitudes em relação ao tema e para a compreensão de que ele só tem sentido em um contexto de bem-estar para pessoas de todas as idades. Ressalta ainda que em todo o mundo, e em especial no Brasil, o campo é relativamente novo e se ressentem da relativa escassez de programas multidisciplinares e longitudinais de pesquisa. “Esse é um outro desafio para os que se ocupam da pesquisa e da intervenção envolvendo idosos [...]” (p. 28).

Meirelles (1999) afirma que a atividade física para a terceira idade é importante, pois, cria um clima descontraído, desmobiliza as articulações e aumenta o tônus muscular, proporcionando maior disposição para o dia a dia, buscando os seguintes objetivos: bem-estar físico; autoconfiança; sensação de autoavaliação; segurança no dia a dia por meio do domínio do corpo; elasticidade; aumento da prontidão para a atividade; ampliação da mobilidade das grandes e pequenas articulações; fortalecimento da musculatura, pois os músculos têm uma capacidade de regeneração especial; a função dos aparelhos de sustentação e locomoção também depende da musculatura; melhoria da respiração, principalmente nos aspectos da forte expiração; intensificação da circulação sanguínea, sobretudo nas extremidades; estimulação de todo o sistema cardiocirculatório; melhoria da resistência; aumento da habilidade, da capacidade de coordenação e reação; além de ser um meio de cura contra a depressão, circunstâncias de medo, decepções, vazios anteriores; aborrecimentos, tédio e solidão.

A conceituação de atleta está diretamente relacionada com a prática sistematizada de uma determinada modalidade esportiva, buscando resultados e participando frequentemente de ações competitivas, avaliando seu desempenho por meio de classificações esportivas.

A mudança para a adoção de um estilo de vida ativo é fundamental para um envelhecer com saúde e qualidade (MATSUDO, 2006).

A qualidade de vida é uma preocupação constante do ser humano desde o início de sua existência. Nos dias atuais, há um movimento mundial de busca contínua de vida saudável, como também do bem-estar biopsicossocial com atenção às condições de vida, relacionado a aspectos de saúde, de moradia, de educação, de lazer, de transporte, de liberdade, de trabalho, de autoestima, entre outros (SANTOS et al., 2002).

O conceito de QV varia de acordo com a visão de cada indivíduo, sendo considerada como unidimensional para uns e como multidimensional para outros. Baseia-se em três

princípios fundamentais: capacidade funcional, nível socioeconômico e satisfação, além de poder ser vinculada a componentes como capacidade física, estado emocional, interação social, atividade intelectual, situação econômica e autoproteção de saúde (LENTZ et al., 2000).

Considerando a QV no âmbito da velhice, destaca-se que está intimamente relacionada à manutenção da autonomia nessa fase da vida. No idoso que mantém sua capacidade funcional, sua autonomia pode ser percebida no desempenho das atividades de vida diária, o que não é verificável entre idosos dependentes de outras pessoas (SAYEG, 1998).

A longevidade humana é uma questão debatida por diversos estudiosos de todas as sociedades desenvolvidas ou em desenvolvimento. Todos são unânimes em afirmar que se as pessoas idosas forem tratadas com dignidade e encorajadas a tomar decisões mantendo sua autonomia, a qualidade de suas vidas será ampliada.

A serenidade e a satisfação na condição de vida do idoso dependem do componente psicológico bem-sucedido, da capacidade de adaptação às perdas físicas, sociais e emocionais. Como as mudanças no padrão de vida são inevitáveis com a idade, o idoso obrigatoriamente tem que desenvolver a capacidade de enfrentamento, ao vivenciar estresses e mudanças.

Na velhice, ter uma vida saudável significa manter ou restaurar a autonomia e a independência. Define-se a primeira como a capacidade de decisão, e a segunda como a capacidade de realizar algo por meios próprios. Portanto, quantificar o grau de autonomia do idoso, bem como o grau de independência em desempenhar as atividades do dia a dia, é uma forma de avaliar a sua saúde e a qualidade de vida (NAKATANI et al., 2003).

Muitas limitações decorrentes do envelhecimento são alterações orgânicas e funcionais que podem ser perfeitamente superadas ou adaptadas ao estilo de vida de cada pessoa. Ou seja, a pessoa não necessita da totalidade de sua reserva funcional para viver bem e com qualidade (MARTINS et al., 2007).

A promoção do envelhecimento saudável é tarefa que envolve a conquista de qualidade de vida e o amplo acesso a serviços que possibilitem o enfrentamento das questões do envelhecimento, com base no conhecimento disponível, vital, também, ampliar a consciência sobre a saúde e o processo de envelhecimento, e, ao mesmo tempo, fortalecendo e instrumentalizando a população idosa em suas lutas por cidadania e justiça social. Saúde e envelhecimento são indicativos de qualidade de vida.

A longevidade, cada vez mais presente no ciclo de vida humano, acarreta uma situação ambígua, ou seja, o desejo de viver cada vez mais, e, ao mesmo tempo, o temor de viver com incapacidades e dependência. De fato, o avanço da idade aumenta a chance de ocorrências de doenças e de prejuízos, funcionalidade física, psíquica e social. Mais anos vividos podem ser anos marcados por doenças com sequelas, declínio funcional, aumento da dependência, perda da autonomia, isolamento social e depressão.

O estudo da qualidade de vida do idoso vem ocupando lugar de destaque, pois os avanços na medicina contribuíram para o aumento na expectativa de vida e no contingente de idosos, mas de que adianta ter uma grande população de idosos vivendo mais de 80 anos se não for possível proporcionar a eles qualidade de vida? Segundo Vieira (1996), alguns fatores favoráveis como aceitar mudanças, prevenir doenças, estabelecer relações sociais e familiares positivas e consistentes, manter um senso de humor elevado, ter autonomia e um efetivo suporte social contribuem para a promoção do bem-estar geral do idoso e, conseqüentemente, influenciam diretamente em uma melhor qualidade de vida.

Independente da idade é importante procurar sempre melhorar nossa QV, buscando saúde – não somente a ausência de doenças, mas, de acordo com a definição da OMS, um estado de bem-estar físico, mental, psicológico e espiritual. Alguns fatores podem dificultar ou prejudicar a QV, como dificuldades financeiras, problemas de saúde e outras limitações, porém, é importante buscar alternativas possíveis, sempre respeitando as potencialidades e limitações de cada um, seja ele criança, adolescente, adulto ou idoso.

## **4 OBJETIVOS**

---

#### 4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a QVRS dos atletas da terceira idade do Projeto Conviver de Ponta Porã – MS.

#### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar a amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas: nome; gênero; idade; estado civil; naturalidade; prática de atividade física por recomendação médica; profissão; escolaridade; horas de prática semanal; modalidade esportiva praticada; horas de sono diária; presença de alguma doença crônica.

Analisar e avaliar a QV por meio do instrumento SF-36.

Correlacionar os domínios da QV com as variáveis sociodemográficas.

**5 HIPÓTESES**

---

Este estudo busca comprovar as seguintes hipóteses:

- a) Por meio da prática de atividades físicas os idosos têm um padrão favorável dos domínios de QV;
- b) Existe diferença significativa nos resultados entre os idosos que praticam atividade física por recomendação médica e os que praticam por vontade própria;
- c) O domínio dor é um fator limitante de um bom índice de qualidade de vida;
- d) As doenças crônicas intervêm diretamente na QV de forma limitante e negativa.



## **6 MÉTODO**

---

## 6.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Neste estudo foi utilizado o método de pesquisa exploratório-descritivo com idosos atletas do Projeto Conviver de Ponta Porã, MS.

## 6.2 PARTICIPANTES

### 6.2.1 Seleção dos participantes e descrição da amostra

Sendo N a amostra total de participantes em número de 80 idosos e na amostra dos voluntários estudados na pesquisa, um total de 60 idosos que aceitaram o convite para participar. Após a exposição do tema e assinatura do Termo Livre e Esclarecido, eles responderam a entrevista, possibilitando os dados que foram utilizados para os testes estatísticos para validação dos resultados.

A aplicação dos instrumentos foi aprovada pelo comitê de ética e realizada mediante consentimento esclarecido e preservando-se o anonimato dos sujeitos. A participação deles não trouxe nenhum tipo de risco a eles e pôde ser recusada antes, durante ou no final da entrevista.

O tempo de cada entrevista foi em média de 15 minutos. Os sujeitos foram entrevistados, individualmente, nos seus locais de prática esportiva, sejam na quadra poliesportiva, no salão de jogos ou cancha de jogo, com a presença dos participantes deste estudo.

### 6.2.2 Critérios de inclusão

Idosos matriculados e assíduos nas ações esportivas do Projeto Conviver.

Idade mínima de 60 anos em 2012.

Assinatura de Termo de Livre Consentimento e Esclarecido, aceitando a participação na pesquisa.

### 6.2.3 Critérios de exclusão

Estar lesionado ou estar acometido de doenças graves

Não participar das ações esportivas do Projeto Conviver.

Não aceitar a participação na pesquisa

## 6.3 LOCAL DA PESQUISA

O Projeto Conviver é um programa desenvolvido nos municípios brasileiros, com verba do governo federal, por intermédio do Ministério do Desenvolvimento Social, e com investimento municipal, por meio do Fundo Municipal de Assistência Social, que tem como objetivo primordial o atendimento ao idoso. Esse tipo de ação está previsto no Sistema Único de Assistência Social, denominada de caráter de Proteção Social Básica à Pessoa Idosa. Tem o objetivo de prevenir situações de risco, por meio do desenvolvimento do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, ações estas voltadas ao atendimento do idoso vulnerável pela situação de pobreza (BRASIL, 2004).

Em Ponta Porã, o Projeto Conviver tem uma estrutura física central denominada espaço “Conviver” e outras estruturas anexas que são utilizadas por meio da realização de parcerias públicas e privadas com diversas instituições, possibilitando, dessa forma, a utilização total de cinco locais para a prática das aulas de ginástica, dança, bocha, malha, sinuca e voleibol adaptado. Conta com uma equipe de profissionais da área de saúde formada por psicólogos, assistentes sociais, profissionais de educação física, técnicos de enfermagem e grupo administrativo (MAGALHÃES, 2012).

O referido Projeto é direcionado aos idosos com mais de 60 anos em situação de vulnerabilidade, porém atende as demais pessoas interessadas na prática esportiva, independente de classe social.

## 6.4 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

A coleta de dados foi realizada por meio de dois instrumentos de pesquisa, aplicados em conjunto: questionário sociodemográfico e questionário SF-36.

### 6.4.1 Questionário sociodemográfico

Questionário de caracterização sociodemográfica dos idosos, por meio das variáveis; sexo, idade, estado civil, naturalidade, se pratica atividade física por recomendação médica, ocupação, escolaridade, horas semanais de prática esportivas, modalidade esportiva praticada, horas de sono e se é portador de alguma doença crônica (APÊNDICE A).

### 6.4.2 Questionário genérico de qualidade de vida SF-36

O SF-36 é um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em oito escalas ou componentes: Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais, Saúde Mental e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás (ANEXO A) (CICONELLI, 1997; WARE et al., 1993).

A validação brasileira do SF-36, utilizado nesta pesquisa, foi feita por Ciconelli (1997) que buscou sua reprodutibilidade, validade e propriedades de medidas estatisticamente significantes. O SF-36 é uma medida de domínio público, sendo permitida sua divulgação e utilização sem prévia autorização e essa medida será a única entre as já existentes (excetuando-se o questionário sociodemográfico, construído especificamente para este estudo). A escolha do SF-36 fundamentou-se na validação e adaptação em português, um questionário direcionado para a avaliação genérica da saúde.

## 6.5 PROCEDIMENTOS

Inicialmente, obteve-se a autorização da Prefeitura Municipal de Ponta Porã, MS, para a realização do estudo. Em seguida, o projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco para análise, com posterior aprovação para

início, sendo autorizada na data de 20 de julho de 2011 (ANEXO B). O referido projeto foi apresentado para a autorização de pesquisa em seres humanos, conforme estabelece a Resolução n. 19, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde. Antes da coleta dos dados, foram realizadas visitas de esclarecimento aos idosos do Projeto Conviver sobre o teor e os objetivos do estudo. Foram esclarecidos a respeito do Termo Livre e Esclarecido, podendo retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem dano algum (APÊNDICE B), como também foi reforçado e assegurado que as informações concebidas seriam sigilosas no que envolve os dados pessoais e a possibilidade de divulgação dos resultados da pesquisa em publicações e eventos científicos.

No processo de coleta de dados, o pesquisador entrou em contato com a Secretaria Municipal de Assistência Social e do Trabalho de Ponta Porã, em agosto de 2011, solicitando a permissão para visitar as instalações do Projeto Conviver, sendo concedida em setembro de 2011. A partir dessa data, contatou a direção do Projeto Conviver para explanar o motivo da pesquisa e como pretendia realizá-la. Após essa fase inicial, nos meses de outubro e novembro de 2011, o pesquisador tomou conhecimento do funcionamento e dos objetivos do Projeto Conviver, visitando todos os seus polos de execução das atividades de ginástica, dança, bocha, voleibol adaptado, peteca, sinuca, tênis de mesa.

O Projeto Conviver, nos meses de dezembro de 2011 e janeiro de 2012, entrou em recesso de atendimento, retornando na primeira semana de fevereiro de 2012, quando foram realizadas as intervenções com a amostra respeitando o direito de participação ou não. A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador e mais quatro colaboradores, sendo dois educadores físicos e dois acadêmicos do curso de Educação Física, no período de 2 a 17 de fevereiro de 2012.

O preenchimento dos questionários foi realizado na presença dos pesquisados e o tempo de aplicação médio de quinze minutos. Os questionários já preenchidos foram depositados em um envelope, e em outro, foi colocado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo participante, garantindo seu anonimato. A maior dificuldade encontrada foi seguir o protocolo proposto nos instrumentos de pesquisa, já que os idosos entrevistados respondiam além do que lhes foi perguntado, porém foi atingido o objetivo.

A análise dos dados foi tabulada e realizada pelo *software* Minitab 16.

## **7 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

---

## 7.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES

O tratamento estatístico foi dividido em três partes: na primeira, foram apresentados os dados sociodemográficos da amostra; na segunda, feitos os testes estatísticos referentes aos dados sociodemográficos contínuos e na terceira, realizados os testes estatísticos referentes a dados categóricos.

Com relação aos dados sociodemográficos, verificou-se a predominância de indivíduos do sexo feminino na participação das atividades esportivas do Projeto Conviver (TABELA 1), dados que demonstram que as mulheres são em maior número na prática esportiva, o que confirma os dados de Cotton (1998), sendo consideradas idosas fisicamente ou atletas, de que as duas categorias citadas pelo autor possibilitam ao idoso a independência motora necessária para a prática esportiva com segurança.

**TABELA 1** - Dados sociodemográficos dos participantes

Variável		F	%
Sexo	Feminino	40	68,97
	Masculino	18	31,03
Estado civil	Casado	25	41,67
	Viúvo	18	30,00
	Solteiro	10	16,67
	Separado	7	11,67
Atividade física por recomendação	Não	33	55,00
	Sim	27	45,00
Ocupação	Aposentado	27	49,09
	Outros	28	50,91
Doença crônica	Não	35	58,33
	Sim	25	41,67

Quanto à prática da atividade física por vontade própria ou recomendação médica, ficou constatado que a maioria (55%) tem o hábito da prática esportiva por vontade própria, e que os momentos vividos no Projeto são muito importantes e os ajudam a aproveitarem muito

melhor o seu dia a dia.

Segundo Rosa Neto (2002), o idoso que é dotado de todas as possibilidades de poder mover-se e descobrir o mundo é normalmente feliz e bem-adaptado. O idoso que é praticante regular de atividade física tem seus grupos musculares mais tonificados, possibilitando-lhe uma maior independência motora.

No item ocupação, o percentual denominado outros, foi de 50,91%, caracterizando um tipo de ocupação principal, fortalecendo a ideia do idoso ativo profissional e esportivamente.

Quanto às doenças crônicas, a maioria alega não possuí-las. A função cognitiva ou sistema funcional cognitivo são processos, como a percepção, aprendizagem, memória, atenção, vigilância, raciocínio, solução de problemas, entre outros (CHODZKO-ZAJKO; MOORE, 1994; SUUTUAMA; RUOPPILA, 1998 apud ANTUNES et al., 2006). As doenças crônicas podem causar uma série de empecilhos que poderão limitar e até mesmo impedir o idoso da prática regular das atividades físicas de um modo geral (NAHAS, 2001).

## 7.2 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS – CONTÍNUOS – PARTICIPANTES

Os dados sociodemográficos contínuos mostram que a idade dos participantes teve uma variação entre 60 anos no mínimo e 85 anos no máximo. A idade mínima encontrada foi a do pré-requisito para o estudo e a participação de um idoso ativo de 85 anos. A World Health Organization (1998) diz que a pessoa é considerada oficialmente idosa a partir dos 60 anos de idade. O idoso ativo já ultrapassou essa caracterização há 25 anos e ele continua desenvolvendo de forma independente suas atividades físicas. Ressalta-se que a média de idade encontrada no estudo ultrapassou em mais de 10 anos, a idade mínima de caracterização e classificação da pessoa idosa (TABELA 2).



**TABELA 2** - Dados sociodemográficos contínuos dos participantes

Variável	Valores				
	n	Média	DP	Mínimo	Máximo
Idade (anos)	59	70,39	6,78	60,00	85,00
Prática semanal (horas)	55	4,75	2,59	1,00	12,00
Horas de sono	59	7,78	1,46	4,00	12,00

Quanto ao número de horas de prática semanais de atividade física, foi encontrada uma variação entre os participantes. Obteve-se um número mínimo de 1 hora semanal e um máximo de 12 horas semanais. Essa variação deve-se a alguns participantes da pesquisa praticarem mais de um tipo de modalidade esportiva, o que é permitido e bastante comum no Projeto Conviver.

De acordo com Okuma (1998), considerando que o envelhecimento é um processo muito complexo, não se pode definir um único modelo que categorize a grande variabilidade de idoso existente entre essa população. Nas entrevistas ficou evidenciado que a maioria dos participantes tinha, como frequência regular, 4 horas semanais de atividades, divididas em pelo menos duas categorias de práticas esportivas.

No aspecto horas de sono, as respostas encontradas remetem a um número mínimo de 4 horas e um máximo de 12 horas, sendo caracterizada uma média de 7,78 horas de sono/dia. Para Guimarães, Lima e Souza (2007), existem fortes evidências de que um programa de exercício físico regular pode melhorar a quantidade e qualidade do sono em indivíduos idosos.

### 7.3 INSTRUMENTO SF-36

De maneira geral, os idosos estudados apresentam melhor desempenho nos domínios: Aspectos Sociais (85,83), Saúde Mental (81,73) e Capacidade Funcional (80,75), e os piores nos domínios: Estado Geral de Saúde (66,58), Limitação de Aspectos Emocionais (64,41) e Limitação de Aspectos Físicos (59,17) (TABELA 3). As médias foram obtidas através dos testes de análise de variância.

**TABELA 3** - Valores médios dos domínios do SF-36 dos participantes

Domínio	Valores				
	F	Média	DP	F	p
Capacidade Funcional	60	80,75	(27,13)		
Limitação por Aspectos Físicos	60	59,17	(39,59)		
Dor	60	71,75	(28,11)		
Estado Geral de Saúde	60	66,58	(14,67)	6,62	0,0
Vitalidade	59	77,97	(22,07)		
Aspectos Sociais	60	85,83	(21,03)		
Limitação por Aspectos Emocionais	59	64,41	(42,38)		
Saúde Mental	60	81,73	(22,42)		

A variável Sexo tem relação significativa com o domínio Limitação por Aspectos Emocionais, a variável Atividade física tem relação significativa com o domínio Saúde Mental, já a variável Doença Crônica possui relação significativa com os domínios Capacidade Funcional, Dor, Estado geral de Saúde e a variável Horas de Sono possui relação significativa com o domínio Saúde Mental (TABELA 4).

**TABELA 4** - Variáveis sociodemográficas em relação ao instrumento do SF-36

Domínios	CF	LAF	DOR	EGS	Vit	AS	LAE	SM
Sexo <sup>1</sup>	0,358	0,622	0,35	0,452	0,492	0,977	<b>0,049*</b>	0,415
Estado Civil <sup>1</sup>	0,383	0,531	0,691	0,882	0,448	0,257	0,625	0,493
Atividade Física <sup>1</sup>	0,775	0,734	0,415	0,465	0,195	0,109	0,396	<b>0,018*</b>
Ocupação <sup>1</sup>	0,448	0,132	0,895	0,642	0,557	0,769	0,67	0,96
Doença Crônica <sup>1</sup>	<b>0,004*</b>	0,495	<b>0,033*</b>	<b>0,006*</b>	0,184	0,069	0,939	0,062
Idade <sup>2</sup>	0,354	0,391	0,275	0,899	0,18	0,416	0,134	0,116
Horas Semanais de Prática <sup>2</sup>	0,471	0,534	0,158	0,487	0,57	0,203	0,455	0,733
Horas de Sono <sup>2</sup>	0,557	0,729	0,298	0,981	0,374	0,691	0,703	<b>0,003*</b>

Legenda: CF (Capacidade Funcional); LAF (Limitação por Aspectos Físicos); EGS (Estado Geral de Saúde); Vit (Vitalidade); AS (Aspectos Sociais); LAE (Limitação por Aspectos Emocionais); SM (Saúde Mental).

<sup>1</sup>Foi aplicado o teste de diferenças de médias *t* de Student.

<sup>2</sup>Foi aplicado o teste de correlação de Pearson.

\*Valores significativos a 95% de confiabilidade.

Com relação à prática atividade física por recomendação médica, os idosos que não a praticam por esse tipo de recomendação, apresentam melhoras em QV no domínio Saúde Mental, em relação aos idosos que praticam atividade física por recomendação médica

(TABELA 5). Essa diferença demonstra que o idoso praticante de atividade física por prazer e voluntariamente consegue obter uma satisfação pessoal positiva antes, durante e depois da prática física.

**TABELA 5** - Valores das estatísticas dos domínios significativos

Variável	Domínio	Categoria	n	Média	DP	t	p
Sexo	LAE	Feminino	39	73,51	(38,38)	4,06	<b>0,049</b>
		Masculino	18	50,00	(46,09)		
Atividade Física Recomendada	SM	Não	33	87,88	(16,66)	5,98	<b>0,018</b>
		Sim	27	74,22	(26,31)		
Doença Crônica	CF	Não	35	89,14	(23,02)	9,15	<b>0,004</b>
		Sim	25	69,00	(28,50)		
	Dor	Não	35	78,23	(26,60)	4,75	<b>0,033</b>
		Sim	25	62,68	(28,15)		
	EGS	Não	35	70,86	(10,73)	7,97	<b>0,006</b>
		Sim	25	60,60	(17,38)		
Horas de Sono	SM	-	-	-	-	0,385 <sup>1</sup>	<b>0,003</b>

<sup>1</sup>Foi aplicado o teste de Correlação de *Pearson*.

O fato de o idoso possuir alguma doença crônica é estatisticamente significativo em três domínios do SF-36: Capacidade Funcional ( $p=0,004$ ), Dor ( $p=0,033$ ) e Estado Geral de Saúde ( $p=0,006$ ), e em todos os casos os idosos que não possuem doença crônica estão melhores em QV nesses domínios.

Com relação às horas diárias dormidas, houve uma correlação positiva significativa com o domínio Saúde Mental ( $\rho=0,385$  e  $p=0,003$ ), ou seja, mais horas dormidas resultam em melhor Saúde Mental.

Fleck (2000) afirma que os domínios e facetas do WHOQOL-Bref, no domínio Físico reforçam a importância da mobilidade e atividade de vida cotidiana. Também nesse aspecto, cita a dor, o desconforto e a dependência de medicação como pontos a serem avaliados.

## 7.4 RELAÇÃO ENTRE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E OS DOMÍNIOS DO SF 36

No domínio Capacidade Funcional, o total de 58 respostas obtidas demonstra que os homens (18 idosos) têm uma maior capacidade funcional (86,67) seguido pelo feminino composto de 40 idosas (79,63) (TABELA 6).

**TABELA 6** - Sexo dos participantes em relação ao SF-36

Domínio	Variável	n	Média	DP	t	p
Capacidade Funcional	Feminino	40	79,63	25,71	0,86	0,358
	Masculino	18	86,67	29,00		
Limitação por Aspectos Físicos	Feminino	40	62,50	39,22	0,25	0,622
	Masculino	18	56,94	40,04		
Dor	Feminino	40	69,28	28,04	0,89	0,350
	Masculino	18	76,83	28,71		
Estado Geral de Saúde	Feminino	40	66,03	15,72	0,57	0,452
	Masculino	18	69,17	11,69		
Vitalidade	Feminino	39	76,67	23,91	0,48	0,492
	Masculino	18	81,11	19,22		
Aspectos Sociais	Feminino	40	85,94	21,03	0,00	0,977
	Masculino	18	86,11	22,64		
Limitação por Aspectos Emocionais	Feminino	39	73,51	38,38	4,06	0,049
	Masculino	18	50,00	46,09		
Saúde Mental	Feminino	40	79,60	24,62	0,67	0,415
	Masculino	18	84,89	17,55		

No domínio Limitações por Aspectos Físicos, as mulheres demonstraram maior limitação, com 40 respostas (62,50), e o sexo masculino, com 18. Esses dados, quando confrontados com os do domínio referente à Capacidade Funcional, nos mostram que as mulheres têm um percentual menor de Capacidade Funcional e um percentual maior que os homens nas Limitações Funcionais, o que demonstra que a Capacidade Funcional está diretamente correlacionada às Limitações por Aspectos Físicos.

Márquez e Souza (2003) descrevem que o envelhecimento produz efeitos importantes nos diversos sistemas do organismo, que por associação destes favorecem o surgimento de processos mórbidos dolorosos, sendo comum a conjunção de mais de um tipo de doença nos pacientes geriátricos e, conseqüentemente, é comum a utilização de vários medicamentos em idosos.

O domínio Dor apresentou resultados diferentes dos itens anteriores. Os homens apresentaram um resultado maior que o feminino. Dos 18 homens entrevistados foi encontrada uma média de 76,83 que afirmaram ter sido acometidos por dores, durante o período da coleta de dados. As mulheres, em número de 40 entrevistadas, apresentaram uma média de 69,28 relacionadas a queixas de dor. Com o avanço da idade, os músculos e articulações tendem ao enfraquecimento global motor, podendo aumentar o desconforto nos movimentos antes realizados com facilidade, podendo ocasionar dor para ambos os sexos.

As síndromes dolorosas estão entre as principais condições clínicas que acometem o idoso. A dor, freqüente em todas as fases da vida, apresenta importância para o idoso na medida em que é nessa faixa etária que aumenta a freqüência das doenças incapacitantes crônicas e/ou degenerativas, que podem limitar as atividades do idoso. A dor age, nesse cenário, como um catalisador da piora da QV do paciente geriátrico (MÁRQUEZ; SOUZA, 2003).

Quanto ao domínio Estado Geral de Saúde, observou-se que ambos os sexos apresentaram um índice próximo entre os escores, porém os homens apresentaram por 3 pontos percentuais, e esse domínio retrata que a prática regular de atividades físicas é condizente com um bom índice desse.

A Vitalidade foi um dos domínios no qual houve escores mais altos, para ambos os sexos, sendo o masculino de 81,11, e o feminino, 76,67. Esses valores fortalecem a ideia de que a oportunidade de participação dos idosos em projetos esportivos, sociais e recreativos tem o poder de resgatar e manter a vitalidade e a vontade de novas descobertas.

Felizmente, parece que os diversos elementos da função pulmonar, abrangendo a ventilação, difusão e perfusão, apresentam grau menor de deterioração nas pessoas da terceira idade que permanecem fisicamente ativas (PEREIRA; ANDRADE FILHO, 2001).

Nos Aspectos Sociais, obteve-se maior índice de positivos: 86,11 para o sexo masculino e 85,94 para o sexo feminino. Miranda (2001) ressalta que, ao praticarem algum tipo de atividade física, os indivíduos idosos experimentam alterações positivas nos estados de ânimo, na autoestima, na autoeficácia, obtendo recursos pessoais para enfrentar as situações estressantes e desafiadoras do cotidiano.

No domínio Limitação por Aspectos Emocionais, fica evidenciado que os participantes do sexo feminino apresentam score com 73,51 e os do masculino têm neste domínio o menor índice de todos os domínios pesquisados (50%).

Os Aspectos Emocionais para os idosos mostram grande tendência ao isolamento e à introversão, e que a prática esportiva em grupo pode ajudar de uma forma bastante substancial para evitar esse tipo de limitação. Ressalta-se que esse foi o único domínio com score que influencia diretamente a QV, com um  $p < 0,05$ .

As modificações que ocorrem no sistema nervoso influenciam na personalidade dos idosos. Podendo também explicar em certas perdas de memória e até mesmo serem relacionadas com o surgimento de patologias neurológicas na terceira idade (JACOB FILHO; SOUZA, 2000; GUCCIONE, 2002; LUSTRI; MORELLI, 2004).

No domínio Saúde Mental, também foram encontrados altos scores em ambos os sexos, no masculino, 84,89, e no feminino, 79,60, mostrando que o cognitivo, que representa um domínio muito importante para os idosos, quando exigido, tende a se manter positivo e operante.

Conforme afirmam Lyketsos, Chen e Anthony (1999), os fatores de risco relacionados à perda cognitiva são: idade, baixo nível educacional e socioeconômico e ausência de ocupação. Portanto, um idoso que se ocupa de atividades físicas e esportivas tende a manter seu raciocínio e energia muscular bastante ativos, possibilitando um ganho a sua QV.

Na Tabela 7, os índices relacionados à variável Estado Civil do SF-36 mostram que não fica evidenciado que esse domínio não indica limitações ou aspectos negativos relacionados à QV.

**TABELA 7** - Estado civil dos participantes em relação ao SF-36

<b>Domínio</b>	<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Capacidade Funcional	Casado	25	84,40	22,51	0,77	0,383
	Outros	35	78,14	30,05		
Limitação por Aspectos Físicos	Casado	25	63,00	40,26	0,40	0,531
	Outros	35	56,43	39,46		
Dor	Casado	25	73,48	24,19	0,16	0,691
	Outros	35	70,51	30,89		
Estado Geral de Saúde	Casado	25	66,92	14,67	0,02	0,882
	Outros	35	66,34	14,88		
Vitalidade	Casado	24	80,63	20,07	0,58	0,448
	Outros	35	76,14	23,45		
Aspectos Sociais	Casado	25	89,50	18,98	1,31	0,257
	Outros	35	83,21	22,27		
Limitação por Aspectos Emocionais	Casado	24	61,11	42,47	0,24	0,625
	Outros	35	66,67	42,78		
Saúde Mental	Casado	25	79,36	21,90	0,48	0,493
	Outros	35	83,43	22,94		

No domínio Capacidade Funcional foi encontrado um índice mais elevado nos idosos casados com 84,40 contra 78,14 dos outros. Os casados também são maioria no domínio Limitação por Aspectos Físicos com um percentual de 63% e os enquadrado na categoria outros é de 56,43%.

No domínio Dor, apesar dos percentuais serem bastante próximos, os casados ainda continuam com índices maiores 73,48 contra 70,51 do grupo não casado. Apesar desses números, não podemos afirmar em nenhum dos casos que existe um défice na QV, nesse domínio.

De acordo com Ferrell e Ferrell (1996 apud BARR, 2002), alguns estudos baseados na população aludem que a prevalência da dor aumenta com a idade, embora relatos de dor mostram uma tendência a diminuir um pouco entre os idosos.

Nos Aspectos Sociais, ambos os índices obtidos foram elevados, sendo 89,50 para o grupo dos casados e 83,21 para os classificados como outros, dando uma clara indicação da importância da participação desses idosos no referido Projeto referente à sociabilização e fortalecimento de vínculos.

Neri (2004) relata a importância de ações socializantes voltadas para o idoso, objetivando a manutenção de sua independência psíquica e funcional.

Referente aos itens de domínio Limitações Emocionais, os números mostram uma pequena variação entre os grupos, 61,11 para os casados e 66,67 para os não casados. De acordo com Neri (2004), a presença de um companheiro ou companheira, marido ou mulher, ajuda a aumentar a QV nesse domínio.

No domínio Saúde Mental, os resultados obtidos revelam que os casados (79,36) têm um índice menor que o grupo enquadrado como outros, com 83,43, resultado que demonstra uma maior predisposição do grupo dos casados para o risco de doenças relacionadas nesse domínio.

Nos domínios estudados, quando correlacionados com a execução de atividades físicas recomendadas ou não por orientação médica, obtiveram-se resultados correlacionados e significativos no domínio Saúde Mental, quando comparados os idosos que praticam as atividades voluntariamente e os que praticam por indicação médica, os referenciados pelos médicos, estão piores no domínio Saúde Mental. (TABELA 8).

**TABELA 8** - Atividade física por recomendação médica em relação ao SF-36

Domínio	Variável	n	Média	DP	t	P
Capacidade Funcional	Não	33	81,67	26,89	0,08	0,775
	Sim	27	79,63	27,91		
Limitação por Aspectos Físicos	Não	33	57,58	38,77	0,12	0,734
	Sim	27	61,11	41,22		
Dor	Não	33	74,45	26,36	0,68	0,415
	Sim	27	68,44	30,28		
Estado Geral de Saúde	Não	33	67,85	15,30	0,54	0,465
	Sim	27	65,04	13,99		
Vitalidade	Não	32	81,41	20,29	1,72	0,195
	Sim	27	73,89	23,75		
Aspectos Sociais	Não	33	89,77	19,13	2,65	0,109
	Sim	27	81,02	22,57		
Limitação por Aspectos Emocionais	Não	32	68,75	40,55	0,73	0,396
	Sim	27	59,26	44,66		
Saúde Mental	Não	33	87,88	16,66	5,98	<b>0,018</b>
	Sim	27	74,22	26,31		



O dado mais significativo encontrado é no aspecto Saúde Mental com  $p=0,018$ , que significa claramente que esse domínio se encontra negativo quando relacionado a uma boa QV. Esse resultado nos leva ao entendimento que os idosos que praticam a ação física por ordens médicas, o fazem, muitas vezes contrariados, não aproveitando os benefícios da prática regular das atividades físicas relacionadas ao seu cotidiano.

Nos domínios relacionados à ocupação foram fixadas especificamente duas categorias ocupacionais: aposentado e outros diretamente ligados à faixa etária estudada, acima de 60 anos de idade (TABELA 9).

**TABELA 9** - Ocupação dos participantes em relação ao SF-36

Domínio	Variável	n	Média	DP	t	p
Capacidade Funcional	Aposentado	27	77,96	33,29	0,58	0,448
	Outros	28	83,57	19,62		
Limitação por Aspectos Físicos	Aposentado	27	51,85	40,39	2,34	0,132
	Outros	28	67,86	37,18		
Dor	Aposentado	27	70,59	30,83	0,02	0,895
	Outros	28	69,57	25,89		
Estado Geral de Saúde	Aposentado	27	65,67	13,71	0,22	0,642
	Outros	28	67,54	15,84		
Vitalidade	Aposentado	27	75,74	24,37	0,35	0,557
	Outros	27	79,44	21,63		
Aspectos Sociais	Aposentado	27	86,11	22,56	0,09	0,769
	Outros	28	84,38	21,14		
Limitação por Aspectos Emocionais	Aposentado	27	64,20	42,30	0,18	0,670
	Outros	27	69,14	42,29		
Saúde Mental	Aposentado	27	80,74	21,43	0,00	0,960
	Outros	28	80,43	24,86		

O menor escore de QV encontrado foi no domínio Limitação por Aspectos Físicos ( $p=0,132$ ). Em 50% dos domínios, foi caracterizada como maior média a preferência de aposentados e também nos 50% restantes, ou seja, em quatro domínios, a maior média foi caracterizada como outros, ressaltando que durante a pesquisa, nesse item, foi constatado pelo pesquisador que os idosos têm uma grande preocupação com as tarefas do lar, como cuidar da casa, dos netos, cozinhar, jardinagem, todas inclusas na opção outros.

Um índice positivo e importante a ser relatado foi no domínio Saúde Mental com ( $p=0,960$ ) indicando ótimo nível de QV dos participantes, contradizendo a literatura (RODRIGUES; DIOGO, 2002). Segundo os autores, as alterações no sistema nervoso incluem mudanças de comportamento, falta de memória, principalmente para os fatos mais recentes, e distúrbios do sono.

No domínio relativo às doenças crônicas aparecem resultados significativos determinando limitações importantes para uma boa QV. No domínio Capacidade Funcional foi constatado que o valor de  $p=0,004$  é significativo, portanto, na relação, as doenças crônicas são um fator impossibilitante (TABELA 10).

**TABELA 10** - Existências de doença crônica dos participantes em relação ao SF-36

Domínio	Variável	n	Média	DP	t	p
Capacidade Funcional	Não	35	89,14	23,02	9,15	<b>0,004</b>
	Sim	25	69,00	28,50		
Limitação por Aspectos Físicos	Não	35	62,14	39,00	0,47	0,495
	Sim	25	55,00	40,82		
Dor	Não	35	78,23	26,60	4,75	<b>0,033</b>
	Sim	25	62,68	28,15		
Estado Geral de Saúde	Não	35	70,86	10,73	7,97	<b>0,006</b>
	Sim	25	60,60	17,38		
Vitalidade	Não	35	81,14	22,66	1,81	0,184
	Sim	24	73,33	20,78		
Aspectos Sociais	Não	35	90,00	18,14	3,43	0,069
	Sim	25	80,00	23,66		
Limitação por Aspectos Emocionais	Não	35	64,76	41,18	0,01	0,939
	Sim	24	63,89	44,96		
Saúde Mental	Não	35	86,29	19,91	3,62	0,062
	Sim	25	75,36	24,51		

É preciso deixar claro que o envelhecimento por si só não é uma doença e que a maior parte das pessoas idosas não tem uma saúde debilitada. Normalmente o envelhecimento está acompanhado de mudanças físicas e assim aumenta a possibilidade de doenças crônicas se desenvolverem (SAFONS, 2000).

Relacionado com o domínio Dor, aparece também um fator limitante de QV com  $p=0,033$ , índice significativo de obstrução de um bom padrão de QV. Esse número nos mostra que, apesar de os idosos serem recomendados pelo médico a realizarem ações motoras e atividades físicas regulares, não existe um padrão satisfatório de execução, pois eles sofrem com as dores. Segundo Helme e Gibson (1999), ocorre um aumento da prevalência da dor com o progredir da idade, após os 65 anos.

Outro domínio limitante e negativo de QV é o Estado Geral de Saúde, com um  $p=0,006$ . Apesar de ser um fator limitante para a boa execução das ações e da QV dos idosos, pode-se verificar que a indicação é feita pelos médicos, por acreditarem que em médio e longo prazo as ações físicas podem colaborar para a melhoria do estado geral de saúde, contra a obesidade e o sedentarismo, entre outras doenças. Os demais domínios não apresentaram resultados significativos relacionados à QV e às doenças crônicas.

Conforme a correlação entre idade e os domínios do SF-36, pode-se afirmar que a clientela estudada não apresenta empecilhos na sua QV com respeito a sua faixa etária, item que pode estar correlacionado com seu perfil de idoso ativo (TABELA 11).

**TABELA 11** - Idade dos participantes em relação ao SF-36

<b>Domínios</b>	<b>Correlação</b>	<b>p</b>
Capacidade Funcional	-0,123	0,354
Limitação por Aspectos Físicos	-0,114	0,391
Dor	0,144	0,275
Estado Geral de Saúde	-0,017	0,899
Vitalidade	0,179	0,18
Aspectos Sociais	0,108	0,416
Limitação por Aspectos Emocionais	-0,199	0,134
Saúde Mental	0,207	0,116

Quanto às horas de prática dedicadas ao esporte, em relação ao SF-36, mostra que não existem números significativos de impedimento de QV dos idosos estudados. Durante a composição dos dados, foram relatadas a prática de diversos esportes e atividades físicas e também uma variação significativa no número de horas entre os idosos estudados (TABELA 12).

**TABELA 12** - Horas de prática de esporte dos participantes em relação ao SF-36

<b>Domínios</b>	<b>Correlação</b>	<b><i>p</i></b>
Capacidade Funcional	0,099	0,471
Limitação por Aspectos Físicos	0,086	0,534
Dor	0,193	0,158
Estado Geral de Saúde	0,096	0,487
Vitalidade	0,079	0,570
Aspectos Sociais	0,174	0,203
Limitação por Aspectos Emocionais	0,104	0,455
Saúde Mental	0,047	0,733

Apesar da heterogeneidade das ações física e flexibilização do número de horas de prática semanais, o esporte e a atividade física têm papel importante na prevenção e manutenção da QV dos idosos.

A prática de atividades físicas assegura maior independência, autonomia e melhor condição de saúde, aumentando o senso de bem-estar, a crença de autoeficácia e a capacidade de o indivíduo atuar sobre o meio ambiente e sobre si mesmo (VITTA, 2000).

Com relação às horas de sono diárias e SF-36 e seus domínios, foi encontrado ao domínio Saúde Mental um resultado significativo ( $p=0,003$ ), indicando um fator que limita a QV desse grupo de idosos. Esse resultado reforça a importância do bom sono para a obtenção de uma vida mais saudável, principalmente em idosos, mantendo os níveis de saúde mental (TABELA 13).

**TABELA 13** - Horas de sono diária dos participantes em relação ao SF-36

<b>Domínios</b>	<b>Correlação</b>	<b><i>p</i></b>
Capacidade Funcional	-0,078	0,557
Limitação por Aspectos Físicos	-0,046	0,729
Dor	0,138	0,298
Estado Geral de Saúde	0,003	0,981
Vitalidade	0,119	0,374
Aspectos Sociais	0,053	0,691
Limitação por Aspectos Emocionais	-0,051	0,703
Saúde Mental	0,385	<b>0,003</b>

Segundo Okuma (1998), a qualidade do sono no idoso pode ser melhorada por meio da atividade física, pois melhora a vascularização geral do organismo e predispõe o idoso a dormir melhor.

Durante a realização das entrevistas, os idosos foram esclarecidos que o questionamento se referia a todos os momentos de sono durante todo o dia. A maioria dos estudados relatou interrupções no sono noturno para idas ao banheiro e também que despertavam no final da madrugada e no início da manhã.

Os cuidados com a saúde têm sido considerados, tradicionalmente, medidas clínicas objetivas para a interpretação de resultados. Assim, podemos notar que a qualidade de vida pode variar de acordo com a experiência da pessoa em um dado momento.

Néri (2004) relata que no Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, o interesse pela QV na terceira idade é ainda incipiente e fragmentado, provavelmente por ser a emergência da terceira idade um fenômeno social recente, o qual se encontra inserido em um quadro forte de desigualdade social e de acentuadas carências.

## **8 CONCLUSÃO**

---

Este estudo permitiu verificar que os índices da QV dos atletas da terceira idade do município de Ponta Porã, MS, participantes do Projeto Conviver, são bons, fortalecendo a importância de ações esportivas e atividades físicas voltadas para os idosos.

No estudo e correlação das hipóteses foram norteadas as seguintes conclusões:

Na hipótese de número 1 – Por meio da prática de atividades físicas, os idosos têm um padrão favorável dos domínios de QV. Ficam comprovados, por meio dos índices externados pelos dados dos participantes.

Com relação à hipótese número 2 – Se existe diferença significativa nos resultados entre os idosos que praticam atividade física por recomendação médica e os que praticam por vontade própria. Foram encontrados dados significativos, demonstrando que os idosos que praticam atividades físicas por vontade própria têm mais prazer no desenvolvimento das atividades esportivas, obtendo índices melhores nos padrões de QV.

Relacionado à hipótese número 3 – Se o domínio dor é ou não um fator limitante de um bom índice de qualidade de vida. Pode-se constatar que a dor é sim um fator limitante para o alcance de índices favoráveis de QV.

No estudo da hipótese número 4 – Se as doenças crônicas intervêm diretamente na qualidade de vida de forma limitante e negativa. Conclui-se que as doenças crônicas são sim um fator limitante na obtenção de índices positivos de QV, nos aspectos: capacidade funcional, dor e estado geral de saúde.

Na avaliação dos resultados do SF-36, pode-se concluir que no item sexo em relação ao SF-36, apenas no domínio Limitação por Aspectos Emocionais o resultado mostra que há uma limitação da QV dos idosos estudados. Já nos itens atividade física por recomendação médica e horas de sono diárias, ambos os itens em relação ao SF-36, foram encontrados neles apenas um dado negativo significativo no domínio Saúde Mental.

Os resultados obtidos levam à conclusão que a população estudada, na maioria dos domínios pesquisados, relativos à QV, responde positivamente, sem maiores prejuízos e fatores dificultantes relacionados à aquisição e manutenção de sua QV.

Vale a pena ressaltar a importância da realização e do fortalecimento de ações públicas ou privadas, como o Projeto Conviver, que possibilitam ao idoso adquirir, manter sua QV, por

meio da força da prática salutar da atividade física como fator essencial para a QV dos cidadãos, principalmente para os da terceira idade.

Os resultados deste estudo podem ser utilizados para ações educativas e práticas assistenciais, voltadas para o público da terceira idade. Sugere-se a formalização de parcerias com as instituições de ensino superior e universidades e os municípios para fortalecimento de ações e posterior troca de experiências entre acadêmicos e profissionais da área de saúde, educação e serviço social, contribuindo para a melhoria e preservação da QV da população da terceira idade.



**REFERÊNCIAS**

---

- ALBUQUERQUE, S. M. R. L. *Envelhecimento ativo: desafio dos serviços de saúde para melhoria da Qualidade de Vida de idosos*. 2005. 246 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade, São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-22092005-125548/publico/SandraMarciaRibeiroLinsAlbuquerque.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.
- AMATUZZI, M. M. O significado da psicologia humanista, posicionamentos filosóficos implícitos. *Arquivos brasileiros de psicologia (Rio de Janeiro. 1979)*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 4, p. 88-95, 1989.
- ANDREOTTI, R. A.; OKUMA, S. S. Validação de uma bateria de testes de atividades da vida diária para idosos fisicamente independentes. *Revista Paulista de Educação Física*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 46-66, 1999. Disponível em: <<http://www.portalsaudebrasil.com/artigospsb/aval071.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.
- ANTUNES, H. K. M. et al. Exercício físico e função cognitiva: uma revisão. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, Niterói, v. 12, n. 2, p. 108-114, 2006.
- ARANHA, M. L. A.; MARTINS, M. H. P. *Filosofando: introdução à Filosofia*. 2. ed. rev. e atual. São Paulo: Moderna, 1993. Disponível em: <<http://www.cos.ufrj.br/~alfredo/classnotes/LUIS%20ALFREDO%20Introdu%E7%E3o%20%E0%20Filosofia%20-%20%20M.%20L.%20Aranha.pdf>>. Acesso em: 3 jan. 2013.
- ARAÚJO, L. F.; CARVALHO, V. Â. M. L. Aspectos sócio-históricos e psicológicos da velhice. *MNEME – Revista de Humanidades*, Caicó, v. 6, n. 13, p. 228-136, 2005. Disponível em: <<http://periodicos.ufrn.br/index.php/mneme/article/download/278/254>>. Acesso em: 3 set. 2012.
- ARAUJO, T. C. N.; ALVES, M. I. C. Perfil da população idosa no Brasil. *Textos Envelhecimento*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, 2000. Não paginado. Disponível em: <[http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-59282000000100002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282000000100002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 10 maio 2012.
- AZEVEDO, A L. *Velhice e seus processos sócio-históricos*. Lisboa: Argumento, 2001.
- BARBANTI, V. J. *Aptidão física: um convite à saúde*. São Paulo: Manole, 1990.
- BARR, J. O. Controle conservador da dor no paciente idoso. In: GUCCIONE, A. A. *Fisioterapia geriátrica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 333-356.
- BEAUVOIR, S. *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BECK, C. L. C.; BUDÓ, M. L. D.; GONZALES, R. M. B. A qualidade de vida na concepção de um grupo de professores da enfermagem-elementos de reflexão. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 33, n. 4, n. 348-354, 1999. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/468.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2012.
- BIRMAN, J. Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade em psicanálise. In: VERAS, R. P. (Org.). *Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. 3. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995. p. 29-48.
- BOURDIEU, P. *Questions de Sociologie*. Paris: Ed. du Minuit, 1980.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. *Resolução CFP n. 016 de 20 de dezembro de 2000*. Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/etica/docs/artigos/Cfp16-00.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2006.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. *Código de Ética Profissional do Psicólogo* [Resolução CFP n. 010, de 21 de julho de 2005]. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <[http://pol.org.br/legislacao/pdf/cod\\_etica\\_novo.pdf](http://pol.org.br/legislacao/pdf/cod_etica_novo.pdf)>. Acesso em: 08 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 out. 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>>. Acesso em: 08 set. 2006.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 3 out. 2003. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm)>. Acesso em: 15 jan. 2012.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 5 jan. 1994. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm)>. Acesso em: 15 jan. 2012.

BRASIL. Presidência da República. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Trabalho social com famílias do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF. In: \_\_\_\_\_. *Orientações técnicas sobre o PAIF*. Brasília, DF, 2012. v. 2. Disponível em: <[www.mds.gov.br/assistenciasocial/protecaobasica/...pdf/download](http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protecaobasica/...pdf/download)>. Acesso em: 3 set. 2012.

CARDOSO, W. L. C. D. Qualidade de vida e trabalho: uma articulação possível. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Orgs.). *Série saúde mental e trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. v. 1, p. 75-96.

CARNAVAL, P. E. *Medidas e avaliação em ciências do esporte*. Rio de Janeiro: Sprint, 2003.

CARVALHO FILHO, E. T. Fisiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 44-62.

CARVALHO, A. B. *Qualidade de vida dos profissionais de saúde do Hospital do Câncer de Campo Grande/MS*. 2009. 98 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, 2009. Disponível em: <<http://www3.ucdb.br/mestrados/arquivos/dissert/652.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2012.

CARVALHO, M. J. A actividade física na terceira idade e relações intergeracionais. *Revista Paulista de Educação Física*, São Paulo, v. 20, p. 71-72, 2006. Suplemento 5. Disponível em: <<http://citrus.uspnet.usp.br/eef/uploads/arquivo/v%2020%20supl5%20artigo16.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

- CARVALHO, R. B. C.; FORTI, V. A. M. O processo de envelhecimento e os benefícios da atividade física na saúde e qualidade de vida. *Revista Digital*, Buenos Aires, ano 13, n. 124, 2008. Não paginado. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd124/o-processo-de-envelhecimento-e-os-beneficios-da-atividade-fisica.htm>>. Acesso em: 10 maio 2012.
- CASTRO, M. C.; CABRAL, H. M. A terceira idade: realidade e propostas para vida melhor. *Previdência em Dados*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.5-14, 1990.
- CENDES, I. L. Fatores genéticos do desenvolvimento. In: NERI, A. L. (Org.). *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas: Papyrus, 2004. p. 53-60.
- CHAUÍ, M. Apresentação. Os trabalhos da memória. In: BOSI, E. *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. São Paulo: Companhia das Letras, 1994. p. 17-36.
- CÍCERO, M. T. *Saber envelhecer e a amizade*. Porto Alegre: L&PM, 1997.
- CICONELLI, R. M. *Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)"*. 1997. 120 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.
- CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, Campinas, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.
- CORRÊA, A. J. L.; TOURINHO, H. L. Z. *Qualidade de vida urbana na Amazônia: os casos de Marapanim e Vila dos Cabanos*. Belém: UNAMA, 2001. (Série Relatórios de Pesquisas).
- COTTON, R. Introduction. In: AMERICAN COUNCIL ON EXERCISE. *Exercise for older adults: Ace's guide for fitness professionals*. Champaign: Human Kinetics, 1998. p. xii-xiii.
- DAMASCENO, B. P. Envelhecimento cerebral: o problema dos limites entre o normal e o patológico. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v. 57, n. 1, p. 78-83, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v57n1/1541.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.
- DANCEY, C. P.; REIDY, J. *Estatística sem matemática para psicologia: usando SPSS para Windows*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- DIAS, S. D.; SILVA, V. Á. *Um olhar sobre a atividade física na terceira idade*. Campo Grande, MS: Ed. Universidade da Melhor Idade, 2006.
- FAJARDO, R. S. et al. *Sábio e saudável: uma nova visão da 3ª idade*. Araçatuba: Ed. FAPESP, 2003. Apostila.
- FARQUHAR, M. Definitions of quality of life: A taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, v. 22, n. 3, p. 502-508, 1995.
- FEIJÓ, O. G. *Psicologia para o esporte: corpo e movimento*. 2. ed. Rio de Janeiro: Shape, 2002.

FERNANDES, E. C. *Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar*. Bahia: Casa da Qualidade, 1996.

FERNANDES, R. A. Q. et al. Qualidade de vida da mulher no ciclo gravídico puerperal: adaptação de um instrumento. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE QUALIDADE DE VIDA DA ÁREA DA SAÚDE, 1., 2007, São Paulo. *Anais...* São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2007. 1 CD-ROM.

FLECK, M. P. A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, M. P. A. (Org.). *Avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 19-28.

\_\_\_\_\_. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7077.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

FLECK, M. P. A.; LEAL, O. F. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21n1/v21n1a06.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

FLECK, M. P. A.; LOUSADA, S. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v33n2/0061.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

FRANCO, G. S. *Psicologia no esporte e na atividade física*. São Paulo: Manole, 2000.

FREIRE, H. B. G. *Saúde mental, qualidade de vida em estratégia de coping estudantes universitários da cidade de Campo Grande-MS*. 187 f. 2006. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

FREIRE, S. A.; NERI, A. L. Qual a idade da velhice?. In: FREIRE, S. A.; NERI, A. L. (Org.). *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papyrus, 2000. p. 7-19.

GUCCIONE, A. A. Avaliação funcional do idoso. In: GUCCIONE, A. A. *Fisioterapia geriátrica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 114-124.

GUIMARÃES, L. H. C. T.; LIMA, M. D.; SOUZA, J. A. Atividade física em grupo melhora o sono de idosas sedentárias. *Revista Neurociências*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 203-206, 2007. Disponível em:

<<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2007/RN%2015%2003/Pages%20from%20RN%2015%2003-6.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

HELME, R. D.; GIBSON, S. J. Pain in older people. In: CROMBIE, I. K. et al. (Ed.). *Epidemiology of pain*. Seattle, WA: IAS Press, 1999. p. 103-112. Disponível em: <[http://www.centraleastlin.on.ca/uploadedFiles/Public\\_Community/Get\\_Involved/Task\\_Groups/Private/Priority\\_Projects/PaininOlderPersons\\_IASP\\_Global\\_EpidCh.pdf](http://www.centraleastlin.on.ca/uploadedFiles/Public_Community/Get_Involved/Task_Groups/Private/Priority_Projects/PaininOlderPersons_IASP_Global_EpidCh.pdf)>. Acesso em: 17 ago. 2012.

- JACOB FILHO, W.; SOUZA, R. R. Anatomia e fisiologia do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. (Org.). *Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 31-39.
- JACOB, W. F.; CHIBA, T.; ANDRADE, M. V. Assistência domiciliária interdisciplinar em uma instituição de ensino. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D'E. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 539-544.
- LEME, L. E. G. A gerontologia e o problema do envelhecimento: visão histórica. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 12-23.
- LENDZION, C. R. et al. Envelhecimento e qualidade de vida. *Pró-Saúde*, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 1-5, 2002.
- LENTZ, R. A. et al. O profissional de enfermagem e a qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 7-14, 2000.
- LEZAK, M. D. *Neuropsychological assessment*. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Oxford University Press 1995.
- LORDA PAZ, C. R. *Educação física e recreação para a terceira idade*. Porto Alegre: Sagra, 1990.
- LUSTRI, W. R.; MORELLI, J. G. S. Aspectos biológicos do envelhecimento. In: REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. S. (Org.). *Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso*. Barueri: Manole, 2004. p. 37-84.
- LUSTRI, W. R.; MORELLI, J. G. S. Aspectos biológicos do envelhecimento. In: REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. S. (Org.). *Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso*. Barueri: Manole, 2004. p. 37-84.
- LYKETSOS, C. G.; CHEN, L. S.; ANTHONY, J. C. Cognitive decline in adulthood: An 11.5-year follow-up of The Baltimore Epidemiologic Catchment Area study. *The American Journal of Psychiatry*, Arlington, VA, v. 156, n. 1, p. 58-65, 1999. Disponível em: <<http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?Volume=156&page=58&journalID=13>>. Acesso em: 10 maio 2012.
- MAGALHÃES, L. A. M. *Convivendo na fronteira: relatos e vivências de idosos fronteiriços*. Dourados: Alvorada, 2012.
- MÁRQUES, J. O.; SOUZA, M. C. Dor em idosos. *Revista Técnico-Científica de Enfermagem*, Curitiba, v. 1, n. 3, p. 179-188, 2003.
- MARTINS, J. J. et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 254-262, 2007.
- MATOS, F. G. *Fator QF – Quociente de Felicidade – Ciclo de Felicidade no Trabalho*. São Paulo: Makron Books, 1997.

MATSUDO, S. M. Atividade física na promoção da saúde e qualidade de vida no envelhecimento. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, São Paulo, v. 20, p. 135-37, 2006. Suplemento 5. Disponível em: <<http://cev.org.br/arquivo/biblioteca/atividade-fisica-promocao-saude-qualidade-vida-envelhecimento.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

MATSUDO, V. K. R. Aspectos gerais. In: MATSUDO, V. K. R. (Coord.). *Testes em ciências do esporte*. 5. ed. São Caetano do Sul: Ed. CELAFISCS, 1998. p. 11-18.

MEIRELLES, M. E. A. *Atividade física na 3ª idade: abordagem sistêmica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Sprint, 1999.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A. (Org.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2002. (Coleção Antropologia e Saúde). p. 11-24.

MIRANDA, M. L. *Efeitos da atividade física com música sobre estados subjetivos de idosos*. 2001. 186 f. Tese (Doutorado em Psicologia Experimental) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

MORIMOTO, T. et al. Gender differences in effects of physical activity on quality of life and resource utilization. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, Oxford, v. 15, n. 3, p. 537-546, 2006.

NAHAS, M. V. *Fundamentos da aptidão física relacionada à saúde*. Florianópolis: Sprint, 2006.

\_\_\_\_\_. *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. Londrina: Midiograf, 2001.

NAKATANI, A. Y. K et al. Perfil sócio-demográfico e avaliação funcional de idosos atendidos por uma equipe de saúde da família na periferia de Goiânia, Goiás. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, São Paulo, v. 1, n. 5, p. 131-136, 2003.

NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice. In: REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. S. (Org.). *Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso*. Barueri: Manole, 2004. p. 1-36.

\_\_\_\_\_. *Envelhecer num país de jovens: significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos*. Campinas: Ed. UNICAMP, 1991.

NERI, A. L.; WAGNER, E. C. A. M. Opiniões de pessoas de diferentes faixas etárias sobre velhice: um estudo exploratório. *Estudos de Psicologia (Natal)*, Natal, v. 2, n. 2-3, p. 81-104, 1985.

NEUGARTEN, B. L. Personality and aging. In: BIRREN, J. E.; SCHAEIE, K. W. (Ed.). *Handbook the psychology of aging*. New York: Van Nostrand, 1977. p. 626-649.

OKUMA, S. S. *O idoso e a atividade física: fundamentos e pesquisa*. 4. ed. Campinas: Papirus, 1998.

OLSZEWER, E. *Envelhecer com saúde*. São Paulo: Nova Linha, 1994.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Paris, 1948. Disponível em:

<[http://unicrio.org.br/img/DeclU\\_D\\_HumanosVersoInternet.pdf](http://unicrio.org.br/img/DeclU_D_HumanosVersoInternet.pdf)>. Acesso em: 13 ago. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Estratégia global em alimentação saudável, atividade física e saúde*. Genebra, 2004. Tradução não oficial realizada pela CGPAN/MS.

Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/ebPortugues.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, Madrid, v. 37, n. 2, p. 74-105, 2002.

Disponível em: <[http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms\\_envejecimiento\\_activo.pdf](http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2012.

PAIVA, V. M. B. A velhice como fase do desenvolvimento humano. *Revista de Psicologia (Fortaleza)*, Fortaleza, v. 4, n. 1, p. 15-23, 1986.

PASCHOAL, S. M. P. *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. 2000. 252 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000. Disponível em:

<<http://www.pucgoias.edu.br/ucg/unati/ArquivosUpload/1/file/Trabalhos%20Acad%C3%AAmicomicos/Qualidade%20de%20Vida%20do%20Idoso%20-%20Idealizada%20e%20Real.pdf>>.

Acesso em: 10 maio 2012.

PEIXOTO, C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho velhote, idoso terceira idade. In: BARROS, M. L. (Org.). *Velhice ou terceira idade?*. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1998. p. 15-17.

PEREIRA, C. U.; ANDRADE FILHO, A. S. *Neurogeriatria*. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

POLLOCK, M. L.; WILMORE, J. H. *Exercícios na saúde e na doença: avaliação e prescrição para prevenção e reabilitação*. 2. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. *Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar*. 3. ed. São Paulo: Santos, 2004.

RAMOS, A. T. *Atividade física: diabéticos, gestantes, 3ª idade, crianças, obesos*. Rio de Janeiro: Sprint, 1997.

ROBLEDO, L. M. G. Concepción holística del envejecimiento. In: ANZOLA PÉREZ, E. et al. (Orgs.). *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Washington: Ed. OPS/OMS, 1994. p. 34-41. (Publicación Científica, n. 546). Disponível em:

<<http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/anciano/cinco.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

RODRIGUES, A. P.; DIOGO, M. J. *Como cuidar dos idosos*. Campinas: Papirus, 2002.

RODRIGUES, M. V. C. *Qualidade de vida no trabalho: evolução e análise no nível gerencial*. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

ROSA NETO, F. *Manual de avaliação motora*. Porto Alegre: Artmed, 2002.



- RUEDA, S. *Habitabilidad y calidad de vida*. Madrid: Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Madrid, 1997. Textos sobre sostenibilidad. Disponível em: <<http://habitat.aq.upm.es/select-sost/ac3.html>>. Acesso em: 10 mar. 2012.
- RUIPEREZ, I.; LLORENTE, P. *Guias prácticos de enfermagem: geriátrica*. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 2001.
- SAFONS, M. P. Algumas considerações sobre o envelhecimento e atividade física. *Humanidades: terceira idade*, Brasília, DF, v. 46, p. 25-33, 1999.
- SALGADO, M. O segmento idoso e as políticas: o papel das instituições. *Kairós: Gereontologia*, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 35-54, 2001.
- SAMUEL, N. *Le temps libre: un temps social*. Paris: Méridiens, 1984.
- SAMULSKI, D. *Psicologia do esporte: conceitos e novas perspectivas*. 2. ed. São Paulo: Manole, 2008.
- SANTOS, S. R. et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, p. 757-764, 2002.
- SAYEG, M. A. *Envelhecimento bem sucedido e o autocuidado: algumas reflexões*. Arquivos de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 96-98, 1998.
- SCHWARTZMANN, L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cyencia y Enfermería*, Concepción, v. 9, n. 2, p. 9-21, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v9n2/art02.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2012.
- SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.
- SHEPHARD, R. J. *Envelhecimento: atividade física e saúde*. São Paulo: Phorte, 2003.
- SIMÕES, R. *Corporeidade e terceira idade: a marginalização do corpo idoso*. 3. ed. Piracicaba: Ed. Unimep, 1998.
- SOUZA, F. F. *Avaliação da qualidade de vida do idoso em hemodiálise: comparação de dois instrumentos genéricos*. 2004. 167 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004. Disponível em: <<http://cutter.unicamp.br/document/?code=vtls000341252>>. Acesso em: 16 jan. 2012. <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=vtls000341252>
- SOUZA, J. C.; GUIMARÃES, L. A. M. *Insônia e qualidade de vida*. Campo Grande, MS: Ed. UCDB, 1999.
- SOUZA, J. C.; MAGNA, L. A.; PAULA, T. H. Sonolência excessiva diurna e uso de hipnóticos em idosos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 80-85, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v30n3/v30n3a02.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

STELLA, F.; PACHECO, J. L.; SÉ, E. V. G. Psiquiatria geriátrica. In: SOUZA, J. C.; GUIMARÃES, L. A. M.; BALLONE, G. J. (Orgs.). *Psicopatologia e psiquiatria básicas*. São Paulo: Vector, 2004. p. 259-269.

THOMPSON, S.; HOEKENGA, S. J. Understanding and motivating older adults. In: AMERICAN COUNCIL ON EXERCISE. *Exercise for older adults: Ace's guide for fitness professionals*. Champaign: Human Kinetics, 1998. p. 24-70.

TUBINO, M. J. G. *Metodologia científica do treinamento desportivo*. 3. ed. São Paulo: Ibrasa, 1984.

UCHOA, E.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. F. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A. (Org.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2002. (Coleção Antropologia e Saúde). p. 25-35.

VALLE, E. A velhice e o futuro: os novos velhos do terceiro milênio. *A Terceira Idade*, São Paulo, v. 10, n. 13, p. 29-46, 1998.

VANDERVOORT, A. Alterações biológicas e fisiológicas. In: PICKLES, B. et al. (Orgs.). *Fisioterapia na terceira idade*. 2. ed. São Paulo: Santos, 2000. p. 67-80.

VERAS, R. P. *Atenção preventiva ao idoso: uma abordagem de saúde coletiva*. São Paulo: Atheneu, 1997.

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

VIDO, M. B.; FERNANDES, R. A. Q. Quality of life: Considerations about concept and instruments of measure. *Online Brazilian Journal of Nursing*, Niterói, v. 6, n. 2. 2007.

VIEIRA, E. B. *Manual de gerontologia: um guia prático para profissionais, cuidadores e familiares*. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

VILARTA, R.; GONÇALVES, A. Qualidade de vida: concepções básicas voltados à saúde. In: GONÇALVES, A.; VILARTA, R. (Orgs.). *Qualidade de vida e atividade física: explorando teoria e prática*. São Paulo: Manole, 2004. p. 27-62.

VITTA, A. Atividade física e bem-estar na velhice. In: FREIRE, S. A.; NERI, A. L. (Org.). *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papirus, 2000. p. 81-89.

WARE, J. E. et al. *SF-36 health survey: Manual and interpretation guide*. Boston: England Medical Center, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Health Report 1998 – Life in the 21<sup>st</sup> Century: A vision for all*. Geneva, 1998. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/1998/en/whr98\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2012.

**APÊNDICES**

---

APÊNDICE A – Instrumento para a coleta de dados

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO**

**1 - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

Caro(a) Participante(a),

Solicitamos um pouco do seu precioso tempo para responder às questões que seguem.

Informamos que os dados coletados serão confidenciais e serão usados única e exclusivamente para a dissertação de mestrado.

- 1) Nome: .....
- 2) Sexo:  masculino       feminino.
- 3) Idade (anos): .....
- 4) Estado civil:  solteiro                       casado/união estável  
 separado/divorciado               viúvo
- 5) Naturalidade: .....
- 6) Pratica atividade física por recomendação médica?  sim       não
- 7) Profissão: .....
- 8) Escolaridade: .....
- 9) Horas semanais de prática: .....
- 10) Modalidade esportiva praticada:.....  
.....
- 11) Horas de sono diária: .....
- 12) Tem alguma doença crônica? .....

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Nome do projeto: QUALIDADE DE VIDA DOS ATLETAS DA TERCEIRA IDADE DO MUNICÍPIO DE PONTA PORÃ-MS.

Nome do responsável pela pesquisa: NICODEMOS FILGUEIRAS JÚNIOR.

Objetivo e Justificativa: A pesquisa visa a quantificar a Qualidade de Vida dos atletas da terceira idade do município de Ponta Porã, MS, uma vez que tendo em vista que a prática de atividades físicas é um caminho para um ganho na saúde e o aumento da longevidade da população idosa, podendo alterar para um grau positivo a chamada Qualidade de Vida do idoso.

Eu, .....

Idade:..... RG: ..... SSP: .....,  
 declaro consentir em participar, sem nenhum gasto, da pesquisa científica intitulada, “QUALIDADE DE VIDA DOS ATLETAS DA TERCEIRA IDADE DO MUNICÍPIO DE PONTA PORÃ, MS”, de autoria de Nicodemus Filgueiras Júnior, sob a orientação do Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza, docente da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), na cidade de Campo Grande, MS.

Tenho ciência de que minha participação consistirá em responder a questionários de múltipla escolha e que as respostas serão analisadas estatisticamente sem a minha identificação.

Nome do entrevistado (a): .....

Assinatura: .....

Nome entrevistador (a): .....

Assinatura: .....

Responsável pela pesquisa: *Nicodemus Filgueiras Júnior*

Assinatura: .....

Telefone: (67) 3432-0165 // 8428-4623

E-mail: nicojdjudo@hotmail.com



## ANEXO A – Instrumento de coleta de dados

**2 - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA – SF-36**

SF-36 PESQUISA EM SAÚDE (UCDB)

Score: .....

Sexo: ..... Idade: .....

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados sobre como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda a cada questão, marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral você diria que sua saúde é:

(circule uma)

- |                  |   |
|------------------|---|
| Excelente .....  | 1 |
| Muito boa .....  | 2 |
| Boa .....        | 3 |
| Ruim .....       | 4 |
| Muito ruim ..... | 5 |

2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

(circule uma)

- |  |   |
|--|---|
| Muito melhor agora do que há um ano atrás .....  | 1 |
| Um pouco melhor agora que há um ano atrás .....  | 2 |
| Quase a mesma de um ano atrás .....              | 3 |
| Um pouco pior agora do que há um ano atrás ..... | 4 |
| Muito pior agora que há um ano atrás .....       | 5 |

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito.	Sim. Dificulta um pouco.	Não. Não dificulta de modo algum
a. Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d. Subir vários lances de escada.	1	2	3
e. Subir um lance de escada.	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3
g. Andar mais de um quilômetro.	1	2	3
h. Andar vários quarteirões.	1	2	3
i. Andar um quarteirão.	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se.	1	2	3



4. Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas quatro semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

De forma nenhuma .....	1
Ligeiramente .....	2
Moderadamente .....	3
Bastante .....	4
Extremamente .....	5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas quatro semanas?

(circule uma)

Nenhuma .....	1
Muito leve .....	2
Leve .....	3
Moderada .....	4
Grave .....	5
Muito grave .....	6

8. Durante as últimas quatro semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

De maneira alguma .....	1
Um pouco .....	2
Moderadamente .....	3
Bastante .....	4
Extremamente .....	5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas quatro semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente em relação às últimas quatro semanas.

(circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido, que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas quatro semanas, em quanto do seu tempo a sua saúde física ou os problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

Todo tempo .....	1
A maior parte do tempo .....	2
Alguma parte do tempo .....	3
Uma pequena parte do tempo .....	4
Nenhuma parte do tempo .....	5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

	Definitiva- mente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitiva- mente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

## ANEXO B – Autorização para realização da pesquisa

<b>HOMOLOGAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UCDB</b>
---

**PARECER SOBRE PROJETO DE PEQUISA**

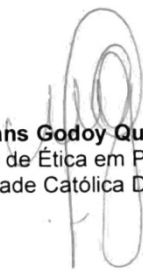
O Comitê de Ética da UCDB considera que o projeto “**HÁBITOS DE SONO E QUALIDADE DE VIDA DOS ATLETAS DA MELHOR IDADE DE MUNICÍPIO DE PONTA PORÃ**” sob a responsabilidade de **Nicodemos Filgueiras Junior** e sob a orientação do **Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza** protocolo nº**068/2010B**, está de acordo com o seguinte parecer:

**PARECER:**

O projeto apresenta boa fundamentação e metodologia apropriada. A pesquisa diz respeito aos hábitos de sono e qualidade de vida de atletas da melhor idade. Os próprios sujeitos informarão ao pesquisador, por meio de instrumentos específicos (questionários) sobre a qualidade de vida. Não há questões que causem constrangimentos ou que infrinjam quaisquer normas previstas na resolução CNS 196/96. A pesquisa foi autorizada pela Prefeitura que assumiu termo de compromisso, mediante assinatura na folha de rosto do documento protocolado. O cronograma estabelecido, embora atrasado, não prejudica a execução da pesquisa após aprovação pelo CEP. Uma ressalva: há dois modelos de TCLE, tendo um deles a linguagem técnico-científica de difícil compreensão para os sujeitos da pesquisa. O outro, com linguagem mais adequada, não contempla todas os quesitos necessários. Sugiro a revisão do TCLE, no sentido de adequar a linguagem aos sujeitos a quem se dirige, e contemplando todos os itens previstos no modelo indicado na página do CEP.

**Parecer: com pendências.**

Atenciosamente,

  
**Dionatans Godoy Quinhones**  
 Comitê de Ética em Pesquisa  
 Universidade Católica Dom Bosco