

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES IDOSAS: COMPARAÇÃO ENTRE O NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA

Giovana Zarpellon Mazo¹

Jorge Augusto Pinto da Silva Mota²

Adilson Sant'Ana Cardoso³

Ana Paula Moratelli Prado⁴

Giselli Antunes⁵

Resumo:

O objetivo deste estudo foi verificar a influência do nível de atividade física na qualidade de vida de mulheres idosas que participam de programas de atividade física. A amostra foi composta por 27 mulheres idosas com idades entre 65 a 84 anos. O nível de atividade física dos sujeitos foi avaliado por meio do diário de atividade física – DAF, registrado por 3 dias, 2 durante a semana e um no final de semana. A qualidade de vida foi avaliada por meio do Questionário WHOQOL-100 aplicado em forma de entrevista. Na análise dos dados, para o DAF utilizou-se o cálculo da demanda energética, obtendo-se dois níveis de atividade física: pouco ativas (n=14) e muito ativas (n=13). Para o WHOQOL-100 foram adotadas a frequência percentual e o Teste-T de *Student*. Observou-se diferença significativa entre os níveis de atividade física e a percepção de qualidade de vida das idosas nos domínios *físico* (p=0,01) e *nível de independência* (p=0,026). Dentre as facetas, componentes dos domínios, foram observadas diferenças significativas para: energia e fadiga (p=0,02), mobilidade (p=0,04), capacidade de trabalho (p=0,01), relações pessoais

¹ Prof. Dra. do Programa de Pós-graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC.

² Prof. Dr. da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto – FADEUP

³ Mestrando do programa de Pós-graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC. Bolsista de Monitoria de Pós-Graduação PROMOP – UDESC.

⁴ Profissional de Educação Física. Colaboradora do Laboratório de Gerontologia – LAGER/UDESC

⁵ Acadêmica do curso de Educação Física da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC. Bolsista de Iniciação Científica PROBIC – UDESC.

($p=0,004$) e apoio social ($p=0,03$). Portanto, a atividade física pode ser um atributo contribuinte para a melhoria da qualidade de vida destas idosas.

Palavras-Chave: Qualidade de Vida. Atividade Física. Idosos

QUALITY OF LIVE OF AGED WOMEN: COMPARISON BETWEEN THE LEVEL OF PHYSICAL ACTIVITY

Abstract

The purpose of this study was to evaluate the influence of the level of physical activity on the quality of life of elderly women who participate in programs of physical activity. The sample consisted of 27 elderly women aged 65 to 84 years. The level of physical activity of the subjects was evaluated by the daily physical activity - DAF, recorded for 3 days, 2 during the week and one at the weekend. The quality of life was assessed through the questionnaire WHOQOL-100 applied in the form of interview. In the analysis of data for the DAF was used the energetic demand calculation, resulting in two levels of physical activity: low active ($n=14$) and very active ($n=13$). For the WHOQOL-100 were adopted and the percentages and the T-test of Student. Significant difference between the levels of physical activity and the perception of quality of the elderly were observed in the physical ($p=.01$) and level of independence ($p=.026$) domains. Among the facets, components of domains, significant differences were observed for: energy and fatigue ($p=.02$), mobility ($p=.04$), capacity of work ($p=.01$), personal relationships ($p=.004$) and social support ($p=.03$). Therefore, physical activity can be an attribute to improve the quality of life of these elderly women.

Key words: *Quality of life. Physical activity. Aged.*

INTRODUÇÃO

O atual processo de envelhecimento da população mundial é um fenômeno que possui evidências irrefutáveis acerca de seu acontecimento. No Brasil, como nos demais países em desenvolvimento, este fenômeno ocorre de forma acelerada. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2002), indicam que o número de idosos no Brasil, aumentou 29 vezes desde 1940, e representa um contingente de quase 15 milhões de pessoas com mais de 60 anos de idade (8,6% da população brasileira). As projeções estatísticas apontam um crescimento desse grupo populacional para 18 milhões até 2010 e 25 milhões até o ano de 2025. O país caminha a passos largos rumo a um padrão demográfico com predominância de população adulta e idosa, sendo que por volta de 2010 a esperança de vida ao nascer será de 75,98 anos, crescendo cerca de 5,3% nas duas

décadas seguintes (IBGE, 2006).

No decorrer do processo de envelhecimento ocorre uma diminuição da capacidade funcional do indivíduo, conseqüente em grande parte da inatividade física e mental, ou seja, do fenômeno do desuso. Este fenômeno influencia aspectos tais como: o aspecto físico, que é caracterizado pelo crescente declínio das funções dos sistemas fisiológicos comprometendo a saúde; o aspecto psicológico, caracterizado por perdas na auto-imagem e auto-estima, as quais geram nos idosos sentimentos de inutilidade; e no aspecto social, onde a sociedade aliena o idoso do processo social (MARCHAND, 2001). Entretanto, mudanças comportamentais e de estilo de vida, tais como aumento da atividade física e dieta, parecem ser efetivos no auxílio a um processo de envelhecimento com qualidade.

A atividade física têm sido, nos últimos anos, tema central de diversos estudos que buscam aprofundar os conhecimentos acerca da sua influência no processo de envelhecimento humano (ACSM, 2000; LEE; PAFFENBARGER, 2000; PATERSON; STATHOKOSTAS, 2002; WARBURTON; NICOL; BREDIN, 2006). Para Warburton, Nicol e Bredin (2006), são irrefutáveis as evidências da eficiência da atividade física nas prevenções primárias e secundárias de inúmeros processos crônicos observados no envelhecimento. Outro consenso, entre os investigadores, reside no objetivo fundamental da prática de atividade física para os idosos, que é a preservação ou a restauração de uma qualidade de vida aceitável (ACSM, 2000; LEE; PAFFENBARGER, 2000; PATERSON; STATHOKOSTAS, 2002).

Qualidade de vida pode ser definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL GROUP, 1994). Este é um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente.

Assim, definimos qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida e no meio sócio-cultural em que ele vive. Ela é individual, subjetiva e depende dos valores, expectativas e padrões de vida que a pessoa tem. A qualidade de vida é um conceito amplo, pois é multidimensional (físico, emocional, intelectual, social, ocupacional, espiritual, ambiental), dinâmico, auto-regulador e contextual.

A partir da definição de qualidade de vida e seus indicadores nos questionamos sobre a influência da atividade física na qualidade de vida de mulheres idosas que participam de programas de extensão voltados à terceira idade na Universidade Federal de Santa Catarina. Visto que estudos de Gonçalves (1997); Koerig (1998), Dacol (1999) e Mazo (2003) apresentam como resultado que a atividade física melhora a qualidade de vida dos idosos que participam de programas de terceira idade, mas não utilizam instrumentos de medida ou indicadores para isto.

METODOLOGIA

Sujeitos do Estudo

Os sujeitos do estudo foram 27 mulheres idosas, na faixa etária entre 65 a 84 anos (média= 71,2 anos, DP=4,6), que praticam atividade física em programas de extensão universitária voltados à terceira idade na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em Florianópolis, SC. Em sua maioria, a amostra constitui-se de mulheres idosas, aposentadas, viúvas e com 1º grau incompleto.

Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos de medida:

- *Diário de Atividades Físicas - DAF, adaptado de BOUCHARD et al.(1983)*

Trata-se de um instrumento originalmente idealizado de modo a permitir o levantamento retrospectivo de atividades de vida diária realizadas no dia ou em dias anteriores ao do registro. No presente estudo, foi empregado para registro concomitante à realização das atividades, durante três dias da semana, sendo dois dias durante a semana e um no final de semana (sábado ou domingo). O instrumento consta de uma planilha com espaço para registro das atividades de vida diária realizadas ao longo de 96 períodos de 15 minutos. Em relação aos demais instrumentos ele tem a vantagem de permitir razoável estimativa da demanda energética.

- *Questionário WHOQOL-100 versão português, Brasil*

Fleck e cols. (1999) fizeram a aplicação em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100), a uma amostra de 300 pessoas na cidade de Porto Alegre, no sul do Brasil. Nesta aplicação o instrumento

mostrou um bom desempenho psicométrico com características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade convergente, validade de critério, fidedignidade de teste-reteste. Os autores concluíram que o WHOQOL-100 versão em português, Brasil, está em condições de ser usado no Brasil, sendo importante avaliar o seu desempenho em outras regiões e em diferentes amostras de indivíduos.

A versão em português do WHOQOL é composta por 100 questões com escores de 6 domínios e 24 facetas, abaixo relacionadas.

Figura 1. Quadro dos domínios e facetas do WHOQOL-100.

DOMÍNIOS	FACETAS
Domínio I - Domínio físico	1. Dor e desconforto 2. Energia e fadiga 3. Sono e repouso
Domínio II - Domínio psicológico	4. Sentimentos positivos 5. Pensar, aprender, memória e concentração 6. Auto-estima 7. Imagem corporal e aparência 8. Sentimentos negativos
Domínio III - Nível de Independência	9. Mobilidade 10. Atividades da vida cotidiana 11. Dependência de medicação ou de tratamentos 12. Capacidade de trabalho
Domínio IV - Relações sociais	13. Relações pessoais 14. Apoio social 15. Atividade sexual
Domínio V - Ambiente	16. Segurança física e proteção 17. Ambiente no lar 18. Recursos financeiros 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer 22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) 23. Transporte
Domínio VI - Aspectos espirituais / Religião / Crenças pessoais	24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

As questões do WHOQOL foram formuladas para uma escala de respostas do tipo Likert, com uma escala de *intensidade* (nada - extremamente), *capacidade* (nada - completamente), *frequência* (nunca - sempre) e *avaliação* (muito insatisfeito - muito satisfeito; muito ruim - muito bom). As escalas de respostas foram utilizadas entre as âncoras: *intensidade*: nada (0%), muito pouco (25%), mais ou menos (50%), bastante (75%) e extremamente (100%); *avaliação*: muito ruim (0%), ruim (25%), nem ruim e nem bom (50%), bom (75%), muito bom (100%); *capacidade*: nada (0%), muito pouco (25%),

médio (50%), muito (75%), completamente (100%); *frequência*: nunca (0%), raramente (25%), às vezes (50%), repetidamente (75%), sempre (100%).

Coleta de Dados

Os sujeitos participantes do estudo receberam orientação individualizada sobre o registro de informações no DAF, objetivo e fases do desenvolvimento da pesquisa. Ao concordarem em participar da pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre-esclarecido em duas vias, ficando uma via de posse da idosa e a outra da pesquisadora. Todos tiveram oportunidades de esclarecer dúvidas. O WHOQOL-100 foi aplicado em forma de entrevista em horário previamente marcado com as idosas. Todas as entrevistas (WHOQOL-100) e medidas (DAF) foram feitas por um único avaliador, procurando assim eliminar as chances de “erro interavaliador”.

A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina em 30 de agosto de 2007, sob o protocolo número 95/2007.

Tratamento Dos Dados

Foram adotados diferentes procedimentos para o tratamento dos dados de acordo com o instrumento utilizado.

- *Diário de Atividades Físicas - DAF, adaptado de BOUCHARD et al.(1983)*

As estimativas da demanda energética por Kg de peso corporal são estabelecidas mediante o somatório do custo calórico das atividades desenvolvidas ao longo do dia. Para efeito de cálculo, utiliza-se a demanda energética média dos três dias registrados.

Para isto, foi utilizado o registro dos tipos de atividades e categorizados (de 1 a 9), conforme o quadro de tipos de atividades e sua equivalência de demanda energética. Após foi realizado o somatório do número de vezes que cada categoria apareceu nos períodos de 15 minutos, sendo que o total deste deve ser de 96 períodos. Posteriormente submeteu-se os dados ao cálculo da demanda energética, como o exemplo abaixo:

Categoria = 1

Demanda Energética (Kcal/Kg/15')= 0,26

Número de períodos de 15' = 26

Peso Corporal= 78,8Kg

Cálculo da demanda energética

Demanda Energética x Número de Períodos de 15' = X Kcal/Kg

Ex.: 0,26 Kcal/Kg/15' x 26 períodos de 15' = 6,76 Kcal/Kg

Este cálculo foi feito para todas as atividades, conforme a sua categoria.

Considerando o peso corporal fez-se o seguinte cálculo:

Total do Cálculo da Demanda Energética x Peso Corporal = X Kcal

Ex.: 41,68 Kcal/Kg x 78,8Kg = 3.284 Kcal

Supondo que nos outros dois dias de registro das informações o sujeito apresentou demanda energética de 2.960 e 2.936 Kcal, a demanda energética média/dia é igual a 3.060 Kcal:

$$3.284Kcal + 2.960 Kcal + 2.936 Kcal / 3 dias = 3.060 Kcal/dia$$

A partir do resultado do DAF em demanda energética a amostra foi dividida em dois níveis de atividade física (pouco ativa e muito ativa), através da mediana. Assim a amostra foi dividida: 14 idosas pouco ativas e 13 idosas muito ativas.

- *Questionário WHOQOL-100 versão português, Brasil*

No WHOQOL-100 as questões foram avaliadas com base na escala do tipo Likert com um valor numérico de 1 a 5, onde os escores foram invertidos em função de: 1=5; 2=4; 3=3; 4=2; 5=1, para as seguintes questões: F1.1, F1.2, F1.3, F1.4, F2.2, F2.4, F3.2, F3.4, F7.2, F7.3, F8.1, F8.2, F8.3, F8.4, F9.3, F9.4, F10.2, F10.4, F11.1, F11.2, F11.3, F11.4, F13.1, F15.4, F16.3, F18.2, F18.4, F22.2, F23.2, F23.4.

Análise de Dados

Os dados foram organizados no programa Excel[®], e analisados no programa SPSS 11.0 para Windows[®].

A análise dos dados ocorreu por meio de estatística descritiva (frequência percentual). Para analisar as facetas dos 6 domínios de qualidade de vida (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente, aspectos espirituais/religião

e crenças pessoais), em relação ao nível de atividade física (pouco ativo e muito ativo), utilizou-se de estatística inferencial, por meio do Teste-T de *Student*, com nível de significância de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Após a análise dos dados obtidos por meio do Diário de Atividades Físicas - DAF, adaptado de BOUCHARD *et al* (1983), a amostra foi dividida em dois níveis de atividade física: muito ativos (13 idosas) e pouco ativos (14 idosas).

O nível de atividade física das idosas componentes da amostra foi relacionado com os domínios de qualidade de vida do instrumento WHOQOL-100. Observou-se que, em números totais, as idosas muito ativas apresentaram frequência percentual de qualidade de vida mais alta do que as idosas pouco ativas em todos os domínios analisados, sendo o domínio aspectos espirituais/religiões/crenças o de maior percentual (84%), sendo sucedido pelo nível de independência (82%), domínio psicológico (80%), relações sociais (78%); ambiente (77%), e domínio físico (68%); conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Qualidade de vida nos domínios avaliados de acordo com o nível de atividade física.

DOMÍNIOS	NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA (%)		P
	Muito Ativos	Pouco Ativos	
Físico	67,81	61,54	= 0,01
Psicológico	79,3	74	>0,05
Nível de Independência	82,23	73,14	= 0,026
Relações sociais	77,8	70,23	>0,05
Ambiente	77,27	74,47	>0,05
Aspectos espirituais	83,84	79,64	>0,05

Ao se proceder com as análises relacionando o nível de atividade física das idosas e os domínios do WHOQOL-100, foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os domínios: Físico ($p=0,01$) e Nível de independência ($p=0,026$) (Figura 1).

Verificou-se neste estudo que as frequências percentuais em todos os domínios foram maiores para as idosas muito ativas fisicamente. O mesmo ocorreu ao analisar a qualidade de vida geral da amostra, onde as idosas muito ativas apresentaram uma percentagem maior do que as idosas pouco ativas fisicamente (84% e 80%

respectivamente).

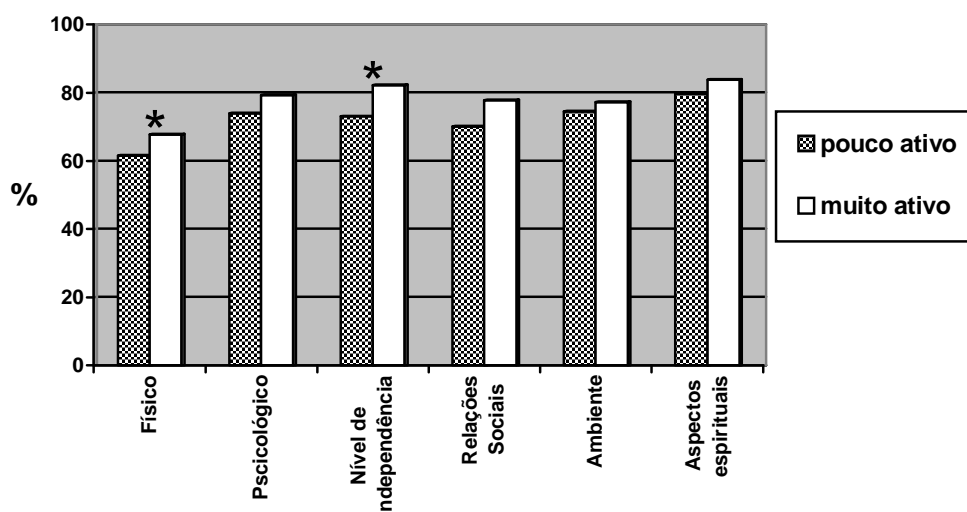


Figura 2. Frequência percentual dos domínios entre as idosas pouco ativas e muito ativas fisicamente.

* Diferença estatisticamente significativa ao nível de $p < 0,05$

Na Tabela 2 pode ser observado o resultado obtido para as diversas facetas componentes dos domínios da qualidade de vida avaliados pelo WHOQOL-100. Foram observadas diferenças significativas entre as seguintes: energia e fadiga ($p=0,02$) no domínio Físico; mobilidade ($p=0,04$) e capacidade de trabalho ($p=0,01$) no domínio Nível de independência; e nas relações pessoais ($p=0,004$) e apoio social ($p=0,03$) no domínio relações sociais. Nas demais facetas não foram encontradas diferenças significativas ($p > 0,05$).

Tabela 2. Relação entre o nível de atividade física e as facetas do WHOQOL-100.

DOMÍNIOS	FACETAS	NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA (%)		<i>p</i>
		Muito Ativos	Pouco Ativos	
Físico	Dor e desconforto	76,15	70,71	$>0,05$
	Energia e fadiga	85,76	77,85	$=0,02^*$
	Sono e repouso	80,38	69,28	$>0,05$
Psicológico	Sentimentos positivos	81,92	77,85	$>0,05$
	Pensar, aprender, memória...	77,3	75	$>0,05$
	Auto-estima	82,3	77,85	$>0,05$
	Imagem corporal e aparência	83,84	75,71	$>0,05$
	Sentimentos negativos	71,15	63,57	$>0,05$
Nível de	Mobilidade	91,5	75,35	

Independência	Atividades da vida cotidiana	86,92	78,57	= 0,04*
	Dependência de medicação...	64,61	60,71	>0,05
	Capacidade de trabalho	86,15	77,85	>0,05 = 0,01*
Relações sociais	Relações pessoais	89,46	78,92	= 0,004*
	Apoio social	83,46	73,57	= 0,03*
	Atividade sexual	61,53	62,69	>0,05
Ambiente	Segurança física e proteção	71,15	68,57	>0,05
	Ambiente no lar	85	79,64	>0,05
	Recursos financeiros	76,92	72,14	>0,05
	Cuidados de saúde e sociais:...	72,3	72,14	>0,05
	Adquirir novas informações...	77,69	71,78	>0,05
	Oportunidades de recreação/lazer	76,53	70,71	>0,05
	Ambiente físico: Transporte	76,53 81,92	79,64 81,07	0,05 >0,05
Aspectos espirituais	Espiritualidade/religião/crenças...	88,84	80	>0,05

* Significativo ao nível de $p < 0,05$

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados no presente estudo corroboram com estudos anteriores que indicaram existir associação entre o nível de atividade física e a qualidade de vida dos idosos (MAZO, 2003; TRIBESS; VIRTUOSO JR, 2004). Sendo que esta associação deriva particularmente dos domínios: *físico*, *nível de independência* e *relações sociais*, que apesar de não ter apresentado diferença significativa entre os níveis de atividade física no geral, apresentou diferenças significativas em duas de suas três facetas.

Esses resultados remetem à importância de manter-se fisicamente ativo durante o processo de envelhecimento. No presente estudo as idosas mais ativas obtiveram níveis significativamente melhores do que as menos ativas nos domínios *físico* e *nível de independência*. Segundo alguns autores (CÁRDENAS; CIANCIARULLO, 1999; PEREIRA *et al.*, 2005) ambos os domínios citados anteriormente são importantes influenciadores da qualidade de vida de idosos.

Pereira *et al.* (2005) por meio de uma análise de regressão linear múltipla, observaram que, nos idosos estudados, o domínio *físico* explicava 28,2% da qualidade de vida total, sendo o domínio que mais contribuía para a mesma. Já Cárdenas e Cianciarullo

(1999) ao analisarem a qualidade de vida em mulheres “do Lar” de uma comunidade de baixa renda por meio do instrumento WHOQOL-100, verificaram médias mais altas para o domínio *nível de independência*, sendo este o mais influente na qualidade de vida daquelas mulheres.

Interessante ao se destacar o domínio *físico*, como um dos principais influenciadores da qualidade de vida de idosos, é o fato de o período da velhice estar, muitas vezes, associado ao declínio das funções corporais e mentais (ASSIS, 2002). Isto pode ser explicado pelas alterações funcionais próprias do envelhecimento associadas à prevalência de doenças crônicas podem levar a deteriorização da habilidade de manutenção da independência física.

Para Netto e Ponte (1996), apesar da presença de algumas doenças crônico-degenerativas na velhice, o portador destas poderá sentir-se saudável, ativo e ter, em última análise, boa qualidade de vida. É provável que isto se deva à manutenção da autonomia e da independência, os quais são bons indicadores de saúde para a população idosa. A manutenção da autonomia dos idosos implica no seu nível de independência quanto aos aspectos financeiros, familiares, sociais entre outros, tendo como fator considerado essencial para preservá-la, a maior ou menor independência física (FARIA JÚNIOR, 1997). Assim, para diminuir o número de pessoas idosas que desenvolvem incapacidades funcionais, devemos prevenir as doenças, suas seqüelas e complicações, e promover a saúde dos idosos. Corbin (1997) coloca que a vida sedentária é prejudicial à saúde, portanto a atividade física regular, como parte de uma vida ativa, pode melhorar a qualidade de vida dos idosos.

No presente estudo, apesar de não ter apresentado diferença significativa entre os níveis de atividade física no geral, o domínio relações sociais merece destaque. Segundo Vecchia (2005) qualidade de vida também significa dispor de uma rede social de suporte sólida, associada à saúde física e mental, preservando os relacionamentos interpessoais, mantendo uma boa saúde e equilíbrio emocional. Substituir por: A preservação dos relacionamentos interpessoais significa manter fortalecido, em número e qualidade, os vínculos com a família. Contribuir se possível para a educação dos filhos e netos, manter um bom relacionamento com o cônjuge, vizinhos e estabelecer novas amizades, solidificando a rede de suporte social.

Dentre as facetas dos domínios de qualidade de vida avaliadas, as que apresentaram diferença significativa de acordo com o nível de atividade física foram: energia e fadiga (físico), mobilidade, e capacidade de trabalho (nível de independência), relações pessoais, e apoio social (relações sociais).

No que se refere à qualidade de vida geral das idosas, os domínios de mais destacados foram: aspectos espirituais/religiões/crenças, o nível de independência e o psicológico.

Em se tratando de mulheres idosas observamos que em suas vidas está muito presente a religiosidade. Segundo Berger e Mailloux-Poirier (1995), a religiosidade e a espiritualidade são aspectos particularmente importantes para as pessoas idosas e muitas vezes estes estão associados ao bem-estar psicológico e à necessidade de manter um certo controle sobre a morte. Para elas a religião é uma fonte de reconforto e lhes permite responder a certas questões sobre significado da vida e do destino.

Além dos aspectos espirituais, outro aspecto que influencia na qualidade de vida das idosas é o nível de independência e o psicológico. Segundo a WHO (2002), uma vida ativa melhora a saúde mental e freqüentemente promove mais contatos sociais. Manter-se ativo pode ajudar pessoas idosas a ficarem independentes o máximo possível, por um período de tempo mais longo.

Também, idosos que têm uma visão positiva sobre a velhice são aqueles que procuram manter os papéis para a auto-realização, bem como as intervenções susceptíveis de manter e restabelecer a independência na satisfação dessas necessidades. Essas atitudes positivas desenvolvem-se muito cedo na vida e são influenciadas por múltiplos fatores (educação, meios de comunicação social, idade etc.). Os idosos mostraram-se preocupados com o seu bem-estar biopsicossocial, uma vez que se interessam pela prevenção para manter a saúde (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995).

De acordo com Pereira *et al* (2005), as avaliações subjetivas da qualidade de vida em idosos devem preocupar-se com o que acontece ao indivíduo nas diferentes etapas do envelhecimento, desde mudanças físicas até a desvalorização social, muitas vezes conseqüente da aposentadoria, considerando qual seu sentimento e entendimento dessas situações, seus ganhos e perdas psicológicas, suas frustrações e aspirações.

CONCLUSÃO

A qualidade de vida medida através do instrumento WHOQOL-100 das mulheres idosas pouco e muito ativas fisicamente que participam de programas de extensão universitária voltados à terceira idade na Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC, em Florianópolis – SC, foi maior em termos de frequência percentual em todos os 6 domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente, aspectos espirituais/religião e crenças pessoais) para as idosas muito ativas.

Os Domínios que apresentaram diferença estatisticamente significativa em relação as suas facetas e os níveis de atividade física foram: *físico* e *nível de independência*. Dentre as facetas, na comparação entre os níveis de atividade física, destacaram-se as seguintes: energia e fadiga (*físico*), mobilidade, e capacidade de trabalho (*nível de independência*), relações pessoais, e apoio social (*relações sociais*).

A partir dos resultados relacionados à frequência percentual dos domínios e suas facetas, verifica-se que há associação do nível de atividade física (pouco e muito ativa) das mulheres idosas com a qualidade de vida, e que as muito ativas apresentaram uma melhor qualidade de vida em relação as pouco ativas.

Portanto, a atividade física pode ser um atributo que contribui para a melhoria da qualidade de vida, desde que essa não seja limitada apenas a uma dimensão, pois devemos compreendê-la como um conceito multidimensional, visto que o ser humano não é apenas um corpo que se movimento biologicamente, mas sim um ser histórico, social que interage na sociedade tanto no aspecto coletivo como individual.

REFERÊNCIAS

ACSM - American College of Sports Medicine. **Teste de esforço e prescrição de exercício**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

ASSIS, M. **Promoção da saúde e envelhecimento**: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Rio de Janeiro: CRDE UNATI UERJ, 2002.

BERGER, L; MAILLOUX-POIRIER, D. **Pessoa idosa**: uma abordagem global. Lisboa: Lusodidática, 1995.

BOUCHARD, C.; TREMBLAY, A.; LEBLANC, C.; LORTIE, G.; SAVARD, R.;

THERIAULT, G. A method to assess energy expenditure in children and adults. **American Journal of Clinical Nutrition**. 13: 461-467, 1983.

CÁRDENAS, A.M.C.; CIANCIARULLO, T.I. Qualidade de vida da mulher dona de casa de uma comunidade de baixa renda. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**. 8(3): 183-199, 1999.

CORBIN, C.B. Educação para um estilo de vida ativo. **Anais do 1º Congresso Brasileiro de Atividade Física & Saúde e 7º Simpósio de Pesquisa em Educação Física**. Florianópolis: UFSC/CDS, 1997.

DACOL, F. **Praticantes de Atividades Aquáticas: Autonomia dos Idosos**. Monografia (Graduação em Educação Física). Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC. Florianópolis, Santa Catarina, 1999.

FARIA JÚNIOR, A.G. **Atividades físicas para a terceira idade**. Brasília: SESI-DN, 1997.

FLECK, M.P.A.; LOUSADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. **Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100)**. Porto Alegre, UFRGS, 1999. (www.hcpa.ufrgs.br/psiq)

GONÇALVES, M.M.A **Atividade Física na Vida dos Idosos**. A Realidade do Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina. Monografia (Especialização Lato-Sensu em Gerontologia). Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC. Florianópolis, Santa Catarina, 1997.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Dado disponível em:** <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/12062003indic2002.shtm> [2006 nov 15].

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores Sociodemográficos - Prospectivos para o Brasil 1991-2030**. Projeto UNFPA/BRASIL (BRA/02/P02). 2006. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/publicacao_UNFPA.pdf [2007 abr 20]

KOERIG, P.C. **Atividade física: contribuições para a terceira idade**. Monografia (Graduação em Educação Física). Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC. Florianópolis, Santa Catarina, 1996.

LEE, I.; PAFFENBARGER, R.S. Associations of light, moderate, and vigorous intensity physical activity with longevity. **American Journal of Epidemiology**. 151: 293-299, 2000.

MAZO, G.Z. **Atividade Física e Qualidade de Vida de Mulheres Idosas**. Tese (Doutorado em Educação Física). Universidade do Porto, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física. Porto: Universidade do Porto, 2003. 203p.

MARCHAND, E.A.A. A influência da atividade física sobre a saúde mental de idosos. **Lecturas en Educación Física e Deportes**. 7(38), 2001.

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

NETTO, M.P.; PONTE, J.R. Envelhecimento: Desafio na Transição do Século. In: NETTO, M.P. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.

PATERSON, D.H.; STATHOKOSTAS, L. Physical activity, fitness and gender in relation to morbidity, survival, quality of life and independence in older age. Cap. 5. In: Shephard, R.J. (2002) (org.). **Gender, Physical Activity and Aging**. Boca Raton, Florida: CRC Press, p. 99-120, 2002.

PEREIRA, R.J. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista Psiquiatria**. 28(1): 27-38, 2006.

TRIBESS, S.; VIRTUOSO JR, J.S. Atividade Física e Qualidade de Vida de Mulheres Idosas. **Lecturas en Educación Física e Deportes**. 10(73), 2004.

VECCHIA, R.D. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 8(3): 246-52, 2005.

WARBURTON, D.E.R.; NICOL, C.W.; BREDIN, S.S.D. Health benefits of physical activity: the evidence. **Canadian Medicine Association Journal**. 174(6): 801-809, 2006.

WHO – World Health Organization. **Envelhecimento Ativo** – Um projeto de política de saúde. 2002. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/ageing> [2005 set 15].

WHOQOL GROUP. The development of the world health organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: ORLEY, J. e KUYKEN, W. **Quality of life assessment**: internacional perspectives. Springer Verlag, Heidelberg: 41-60, 1994.