

QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADE FÍSICA DE IDOSOS DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR PAULISTA

Cristian Ribeiro Gonçalves¹
Danilo Cândido Bulgo²
Daniel dos Santos³
Lilian Cristina Gomes do Nascimento⁴

RESUMO

O processo de envelhecimento pode variar de indivíduo para indivíduo, sendo mais lento para uns e mais rápido para outros, essas variações são dependentes de fatores como qualidade de vida, estilo de vida, condições socioeconômicas e doenças crônicas. **Objetivo:** Verificar a qualidade de vida e frequência da prática de atividade física de idosos de uma cidade do interior do Estado de São Paulo. **Metodologia:** A amostra foi composta de 121 idosos que residem em uma cidade do interior do estado de São Paulo. Sendo utilizados os seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico e dois questionários de qualidade de vida: *WHOQOL-OLD* e *WHOQOL-BREF*. **Resultados:** A amostra apresentou ser composta por idosos do sexo feminino (54,5%), faixa etária entre 61 e 69 anos. Verificou-se o uso de medicamentos (76,8%), principalmente para controle da hipertensão arterial (34%), 57,9% dos participantes constatou não praticar nenhum tipo de atividade física. No questionário WHOQOL-BREF a menor pontuação incidiu sobre o domínio “físico” ($62,01 \pm 2,91$), já a maior pontuação incidiu sobre o domínio “psicológico” cuja pontuação foi $67,46 \pm 2,56$. No WHOQOL-OLD o maior escore foi observado no domínio “Intimidade” ($69,06 \pm 4,31$) e, o menor, no domínio “Morte e Morrer” ($40,13 \pm 4,98$). **Conclusão:** Neste estudo os participantes apresentaram baixa frequência na prática de atividades físicas o que pode ter favorecido para adquirirem algum tipo de doença crônica não transmissível. Em relação a qualidade de vida, a amostra pesquisada mostrou a importância da família e das relações sociais para o contexto de vida da população idosa.

Palavras-chave: Qualidade de Vida, Atividade Física, Idosos.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a população brasileira vem modificando seu perfil, manifestando uma nova realidade. O aumento do percentual de idosos, somado à diminuição da natalidade,

¹ Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde da Universidade de Franca – UNIFRAN, cristianribeiro_edfisica@hotmail.com;

² Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde da Universidade de Franca – UNIFRAN, danielbulgo@gmail.com;

³ Docente do Program de Pós-Graduação em Promoção de Saúde da Universidade de Franca – UNIFRAN, daniel.santos@unifran.edu.br;

⁴ Docente do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde da Universidade de Franca – UNIFRAN, lilian.nascimento@unifran.edu.br;

são situações atuais em um país antes considerado jovem, mas com características que nos organizam para nos tornamos uma população idosa (HERÉDIA et. al., 2007).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2009), em 2030, o número de idosos deverá superar o de crianças e adolescentes em cerca de quatro milhões, diferença que aumentará para 35,8 milhões em 2050. Com o aumento da expectativa de vida, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), estima-se que o Brasil será o sexto país do mundo com o maior número de pessoas idosas até 2025.

O processo de envelhecimento pode variar de indivíduo para indivíduo, sendo mais lento para uns e mais rápido para outros. Essas variações são dependentes de fatores como estilo de vida, condições socioeconômicas e doenças crônicas. Já o conceito “biológico” relaciona-se com aspectos nos planos molecular, celular, tecidual e orgânico do indivíduo, enquanto o conceito psíquico é a relação das dimensões cognitivas e psicoafetivas, interferindo na personalidade e afeto. Desta forma, falar de envelhecimento é abrir um leque de interpretações que se correlacionam ao cotidiano e a perspectivas culturais diferentes (CAETANO, 2006).

O ser humano como um todo sempre se preocupou com o envelhecimento, encarando-o de diferentes formas. Adotando assim, uma dimensão heterogênea. Alguns o definem como uma diminuição geral das capacidades funcionais da vida diária, outros o avaliam como um período de aumento da vulnerabilidade e de cada vez maior dependência dos familiares. Outros, ainda, idolatram a velhice como o ponto mais alto da sabedoria, bom senso e serenidade. Cada uma destas atitudes corresponde a uma verdade parcial, mas nenhuma representa a verdade total (FECHINE; TROMPIERI, 2015).

Segundo Alencar e Carvalho (2009) o envelhecimento é um processo inevitável, irreversível, dinâmico e associado a perdas tanto nos aspectos biológicos quanto nos aspectos socio afetivo e político, além de exigir vulnerabilidades que se diferenciam conforme gênero, idade, classe social, raça, local geográfico, entre outras variáveis. Essas vulnerabilidades impactam na expectativa de vida, na qualidade de vida e na morbidade e mortalidade dessa população.

Dentro desse contexto, as alterações morfológicas e funcionais relacionadas ao envelhecimento compõem uma das grandes preocupações para os profissionais da área da saúde, sobretudo no que se refere à melhora na qualidade de vida (QV) e na prevenção de doenças (SILVA et al., 2012).

Segundo Organização Mundial da Saúde, a QV pode ser definida como a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura que se insere e no sistema de valores nos quais ele vive e em relação as suas metas, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL GROUP, 1994). Com o processo de envelhecimento populacional crescendo, busca-se descobrir quais condições, pertinentes à saúde, estariam associadas à QV dos idosos (FLECK et al., 1999) com a finalidade de desenvolver estratégias que melhorem a QV desses.

Pesquisas mostram que a prática de exercícios físicos pode ser uma aliada no processo de envelhecimento e colaborar na melhoria da QV de idosos (ARAGÃO et al., 2002; ALENCAR et al., 2010). Neste sentido, a prática de atividade física regular e sistematizada ou exercícios físicos regulares têm demonstrado serem capazes de minimizar os efeitos insalubres do envelhecimento, como a sarcopenia, contribuindo para a manutenção da capacidade física e melhora na autonomia do idoso (SILVA et al., 2012).

A partir desse contexto, idealizou-se o presente trabalho que teve, por objetivo, verificar a qualidade de vida e frequência da prática de atividade física de um grupo de idosos em uma cidade do interior do estado de São Paulo.

METODOLOGIA

Trata-se de um trabalho de cunho quantitativo, exploratório e de corte transversal. A seleção da amostra foi realizada por meio da amostragem não-probabilística por acessibilidade (MAROTTI et al., 2008).

Participaram do presente estudo 121 idosos, de ambos os sexos, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter 60 anos de idade ou mais, residentes na cidade de Franca/SP e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Não participaram do estudo: idosos com algum tipo de comprometimento físico e/ou cognitivo que viesse à incapacita-los de responderem aos questionários, idosos que se recusaram a assinar o TCLE, idosos que estavam de passagem na cidade (visitando familiares), idosos que moravam na zona rural do município estudado.

Quanto aos aspectos éticos, conforme Resolução N° 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde em Pesquisa, envolvendo seres humanos, este projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca (UNIFRAN) e aprovado, CAE n° 00688218.0.0000.5495.

Para a coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos:

a) Questionário sociodemográfico com o objetivo de conhecer o perfil e descrever as características sociodemográficas da amostra como, sexo, idade, estado civil, escolaridade, condições da moradia, utilização de medicamentos e frequência na prática de atividades físicas;

b) Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – WHOQOL-OLD, composto por dimensões positivas e negativas, totalizando 24 itens atribuídos em seis domínios: Domínio 1 – Funcionamento do sensorio (FS), questões 1, 2, 10 e 20; Domínio 2 – Autonomia (AUT), questões 3, 4, 5 e 11; Domínio 3 – Atividades passadas, presentes e futuras (PPF), questões 12, 13, 15 e 19; Domínio 4 – Participação social (PSO), questões 14, 16, 17 e 18; Domínio 5 – Morte e morrer (MEM), questões 6, 7, 8 e 9 e Domínio 6 – Intimidade (INT), questões 21, 22, 23 e 24. Cada um dos domínios possuía quatro itens; portanto, para todos os domínios, o escore dos valores possíveis poderia oscilar de 4 a 20 pontos desde que todos os itens de um domínio fossem respondidos (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTIN, 2006).

Os escores destes seis domínios ou os valores dos 24 itens do módulo WHOQOL-OLD podem ser combinados para produzir um escore geral (“global”) para a qualidade de vida em adultos idosos, denotado como o “escore total” do módulo WHOQOL-OLD. O instrumento não possui um ponto de corte, entretanto, quanto mais alto for o escore, melhor é a Qualidade de Vida da pessoa que o respondeu. O questionário WHOQOL-OLD foi aplicado juntamente ao questionário WHOQOL-BREF por orientação dos autores;

c) WHOQOL-BREF, forma reduzida de avaliação da qualidade de vida, é um questionário composto por 26 questões, dividido em quatro domínios. As duas primeiras perguntas iniciais do instrumento questionam sobre a qualidade de vida geral e a saúde, respectivamente, e as demais 24, intituladas de facetas, estão distribuídas nos domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As respostas seguem uma escala de Likert, de 1 a 5, isto é, quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do presente estudo 121 idosos, com idade entre 60 e 99 anos, tendo maior predominância do sexo feminino entre os participantes. A maioria apresentou-se na categoria idoso jovem, eram casados, com nível de escolaridade com ensino fundamental incompleto e

moradia própria. Na Tabela 1, encontra-se o descrito as variáveis sociodemográficas dos participantes.

Tabela 1 – Descrição da amostra.

Variações	Categorias	f	%
Número de participantes		121	100
Sexo	Feminino	66	54,5
	Masculino	55	45,5
Idade	60 anos	23	19
	Entre 61 e 69 anos	55	45,5
	Entre 70 e 79 anos	24	19,8
	Entre 80 e 89 anos	16	13,2
	Entre 90 e 99 anos	3	2,5
	Total	121	100
Estado civil	Solteiro(a)	5	4,1
	Vive com o(a) Companheiro(a)	14	11,6
	Casado(a)	63	52,1
	Viúvo(a)	24	19,8
	Separado(a)	4	3,3
	Divorciado(a)	10	8,3
	Namorando	1	0,8
	Total	121	100
Escolaridade	Analfabeto	4	3,3
	Fundamental Incompleto	30	24,8
	Fundamental Completo	27	22,3
	Médio Incompleto	7	5,8
	Médio Completo	21	17,4
	Técnico	7	5,8
	Superior Incompleto	3	2,5
	Superior Completo	12	9,9
	Pós-graduação Incompleta	0	0
	Pós-graduação Completa	9	7,4
	Mestrado	1	0,8
	Doutorado	0	0
	Pós Doutorado	0	0
	Total	121	100
Moradia	Própria	95	78,5
	Alugada	18	14,9
	Cedida	8	6,6
	Total	121	100

Fonte: dados da pesquisa. f = frequência; % = percentual

O fato de a proporção de participantes do sexo feminino ser maior do que do sexo masculino era esperado. Assim como no trabalho de Freitas et al. (2017), que avaliaram a relação da qualidade de vida com o estado nutricional de idosos e cuja amostra foi composta na sua maioria por mulheres (65,6%). Tal preponderância é apontada pelo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2011) tanto para o estado de São Paulo, quanto para o município onde foi realizada a pesquisa. Em relação a essa prevalência, segundo o IBGE, o maior número de mulheres ocorre porque a taxa de mortalidade entre os homens é superior.

Com relação a análise do estado de saúde, qualidade de vida e estado emocional foram aplicadas questões utilizando a escala Likert, visando assim facilitar a resposta pelos participantes. Dessa forma, a maioria classifica seu estado de saúde como bom, a qualidade de vida como boa e se considera uma pessoa muito feliz (Tabela 2).

Tabela 2 – Análise do estado de saúde, QV e estado emocional.

Variações	Categorias	f	%
Número de participantes		121	100
Saúde	Muito ruim	1	0,8
	Ruim	5	4,1
	Nem boa nem ruim	28	23,2
	Boa	63	52,1
	Muito boa	24	19,8
	Total	121	100
Qualidade de Vida	Muito ruim	1	0,8
	Ruim	3	2,5
	Nem boa nem ruim	22	18,2
	Boa	71	58,7
	Muito boa	24	19,8
	Total	121	100
Se considera uma pessoa	Nada feliz	2	1,6
	Pouco Feliz	3	2,5
	Moderadamente feliz	34	28,1
	Bastante feliz	38	31,4
	Muito feliz	44	36,4
	Total	121	100

f = frequência; % = percentual

Na tabela 3, verificamos se os participantes faziam uso de algum tipo de medicação e, se o fizessem, qual a quantidade de medicamentos consumidos por dia. Conforme apresentado

na Tabela 3, 28 idosos participantes (23,1% da amostra total) não fazem uso de nenhum tipo de medicamento, enquanto dentre os idosos que fazem uso de medicamentos as categorias mais assinaladas foram para controle da pressão arterial (34%), dores musculares (15,7%) e outros (15,2%). Quanto a prática de atividades físicas, verificou-se que a maioria dos idosos (57,9%) não realizavam nenhum tipo de atividade, sendo que 32,2% praticavam ao menos 1 vez por semana.

Tabela 3 – Utilização de medicamentos e frequência na prática de atividades físicas

Variações	Categorias	f	%
Número de participantes		121	100
Uso de medicamentos por dia	1 por dia	25	20,7
	2 por dia	28	23,1
	3 por dia	15	12,4
	4 por dia	10	8,3
	5 por dia	6	5
	acima de 5 por dia	9	7,4
	Não utiliza medicamentos	28	23,1
	Total	121	100
Medicamentos/ doenças	Hipertensão Arterial	65	34
	Dores	30	15,7
	Colesterol	27	14,1
	Anti Depressivo	19	10
	Diabetes	21	11
	Outros	29	15,2
	Total	191	100
Prática Atividade física	1 vez por semana	1	0,8
	2 vezes por semana	7	5,8
	3 vezes por semana	17	14,1
	4 vezes por semana	5	4,1
	5 vezes por semana	5	4,1
	6 vezes por semana	1	0,8
	Todos os dias	3	2,5
	Não pratica atividade física	70	57,9
	Não responderam	12	9,9
	Total	121	100

f = frequência; % = percentual

Conforme pode ser identificado na Tabela 3, quanto ao uso de medicamentos, verificou-se que a maioria dos idosos (76,8% da amostra total) utilizavam ao menos 1 medicamento por

dia. No Brasil estima-se que 23% da população consoma o que corresponde a 60% da produção nacional de medicamentos, sendo este público formado especialmente pelas pessoas acima de 60 anos (SECOLI, 2010). Na presente pesquisa 16,1% dos participantes relataram que faziam uso de 5 ou mais medicamentos por dia, fenômeno esse chamado de polifarmácia, fato que vem aumentando nos últimos anos, apesar de não ser uma questão contemporânea (McLEAN; LE COUTEUR, 2004; WOODWARD, 2003).

A prática da polifarmácia é um dos tipos mais comuns de uso irracional de medicamentos, estando associada ao aumento do risco e da gravidade das reações adversas a medicamentos, como precipitar interações medicamentosas, causar toxicidade cumulativa, ocasionar erros de medicação, reduzir a adesão ao tratamento e elevar a morbimortalidade. Assim, essa prática se relaciona diretamente aos custos assistenciais, que incluem medicamentos, e as repercussões advindas desse uso (SECOLI, 2010).

Conforme apresentado na Tabela 3, quanto à utilização de medicamentos para combate de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) constatou-se que a maioria dos idosos possui ao menos um tipo de DCNT, sendo aquelas como maior prevalência: hipertensão arterial sistêmica - HAS (34%), hipercolesterolemia (14,1%) e o diabetes *mellitus* – DM (11%). Tais resultados corroboram com a prevalência observada anteriormente no trabalho de Alves (2018) que avaliou a relação do uso de medicamentos para tratamento de DCNT's em idosos, cuja amostra foi composta na sua maioria por idosos portadores de HAS (70,6%), seguido por idosos portadores de DM (27,9%) e idosos portadores de hipercolesterolemia (25,7%).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2009) dentre os cinco principais riscos globais para a mortalidade no mundo, se encontram a HAS e o DM. Com elevadas prevalências, destacam-se entre os principais problemas de saúde pública na atualidade. Para Miranda et al. (2016), o cenário atual de envelhecimento demonstra a necessidade das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, visando evitar ou retardar as doenças crônicas e as incapacidades.

Referente a prática de atividades físicas (Tabela 3), identificou-se que a maioria dos participantes (57,9%) não realizavam nenhum tipo de atividade física e que 25,6% realizavam ao menos 3 vezes por semana. Estes dados corroboram com dados emitidos pelo Ministério da Saúde, onde referem que apenas 22% dos idosos brasileiros estavam fisicamente ativos (BRASIL, 2017). Segundo a Organização Mundial da Saúde (2010), um fator que pode explicar esse cenário é que na maior parte dos países, os idosos têm menos oportunidades de acesso a

programas adequados e a lugares nos quais possam praticar atividades físicas com segurança, reforçando as desigualdades na saúde do idoso decorrente das diferenças sociais, demográficas, econômicas, culturais, biológicas ou outras.

Uma das diretrizes amplamente adotadas em todo o mundo, do *American College of Sports Medicine* (ACSM), orienta que adultos realizem 30 minutos ou mais de atividades físicas com intensidade moderada pelo menos 5 dias por semana, ou 20 minutos de atividades físicas de intensidade vigorosa pelo menos 3 dias por semana, além das atividades da vida diária (BLAIR; LaMONTE; NICHAMAN, 2004).

Dentre os benefícios apresentados pela prática de atividades físicas pode-se destacar a melhora no condicionamento físico; a diminuição da perda de massa óssea e muscular; o aumento da força, coordenação e equilíbrio; a redução da incapacidade funcional e a promoção da melhoria do bem-estar e do humor além da redução da pressão arterial (PA) pós-exercício em relação aos níveis pré-exercício (FOUNTOULAKIS et al., 2003) .

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) o exercício físico tem sido incorporado como uma das principais terapêuticas do paciente hipertenso, associada ao tratamento medicamentoso e às modificações de hábitos alimentares e comportamentais.

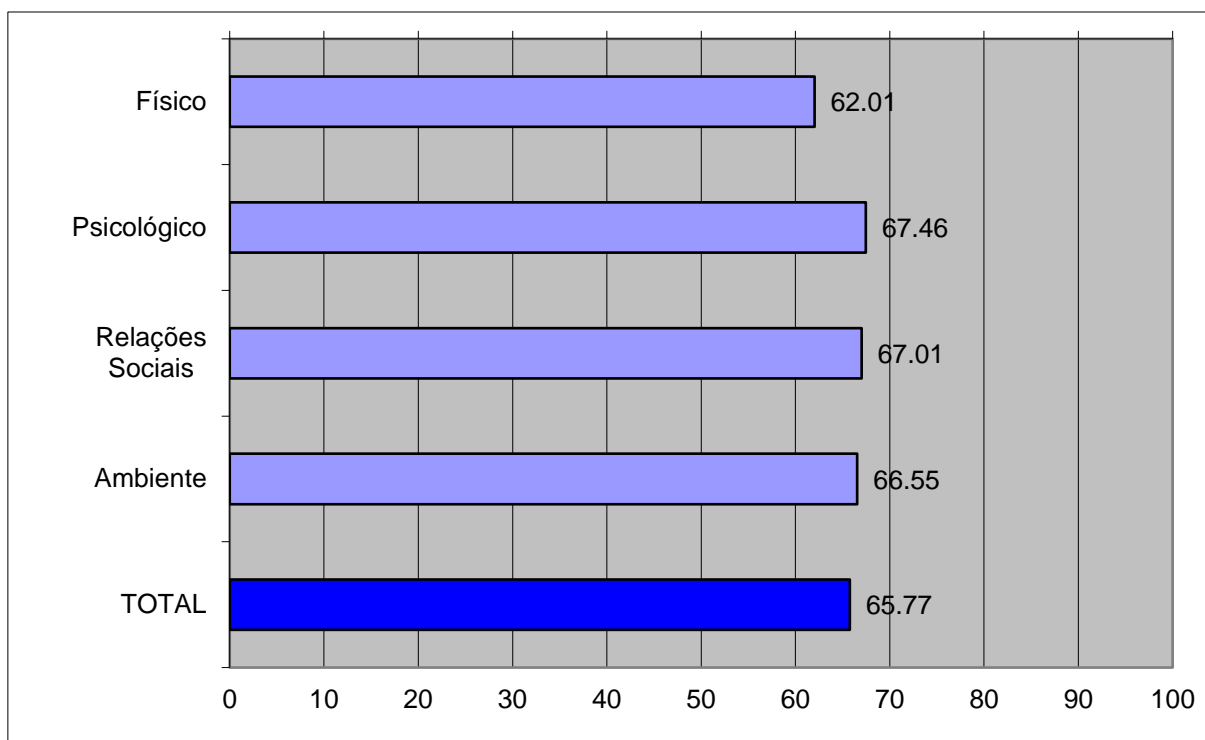
Alguns trabalhos evidenciaram que a prática da atividade física regular pode beneficiar a melhora da percepção da qualidade de vida entre idosos, visto que, essa prática favorece, não somente o desenvolvimento das capacidades físicas funcionais, como, em alguns tipos de atividades estruturadas, pode exercer papel importante na interação social e fatores emocionais (MAZO; BENEDETTI; LOPES, 2009; MAIA et al., 2007).

A investigação da QV em idosos é de grande importância para compreender os limites do envelhecimento, além de sua associação com o bem-estar e com a própria doença, podendo permitir assim uma intervenção aderente em relação ao declínio das funções do idoso, propiciando melhor bem-estar e qualidade de vida durante essa fase tão necessitada de cuidados (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003).

No Gráfico 1, observam-se as pontuações obtidas pela amostra no WHOQOL-BREF, instrumento aplicado juntamente ao WHOQOL-OLD, em que o escore médio de avaliação da percepção da qualidade de vida geral da amostra do estudo encontra-se em $65,77 \pm 2,37$. A menor pontuação incidiu sobre o domínio “físico”, relativo a dor/desconforto, energia/ fadiga, sono/repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de mediação ou de

tratamentos e/ou capacidade de trabalho ($62,01 \pm 2,91$). Já a maior pontuação incidu sobre o domínio “psicológico” (sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos e espiritualidade, religião e crenças pessoais), cuja pontuação foi $67,46 \pm 2,56$.

Gráfico 1 Distribuição dos escores transformados em escala (1-100) dos resultados separados por domínio avaliado do WHOQOL-BREF



Observando os dados expressos no Gráfico 1, pode-se observar que os domínios de maiores pontuações verificadas aos participantes da pesquisa se referem ao psicológico e as relações sociais.

Analisando a contribuição de cada domínio da qualidade de vida conforme os resultados descritos no gráfico 1, é possível constatar que os domínios “Psicológico” e “Relações Sociais” podem estar integrados, pois a participação social em grupos de convivência ou no ambiente familiar contribui na qualidade de vida dos sujeitos, favorecendo para um maior suporte social para a realização de suas atividades cotidianas.

Segundo Geib (2012) para muitos idosos, as redes ou relações sociais constituem o único recurso disponível para suavizar as cargas da vida cotidiana e aquelas que provêm da enfermidade. Trazendo suporte emocional e uma percepção sobre si mesmo mais positiva

(GONÇALVES, 2011), numa percepção que vai muito além do simples fato de ir à farmácia ou à padaria como forma de ajudar, mas sim de envolver o idoso efetiva e afetivamente num ambiente positivo e acolhedor.

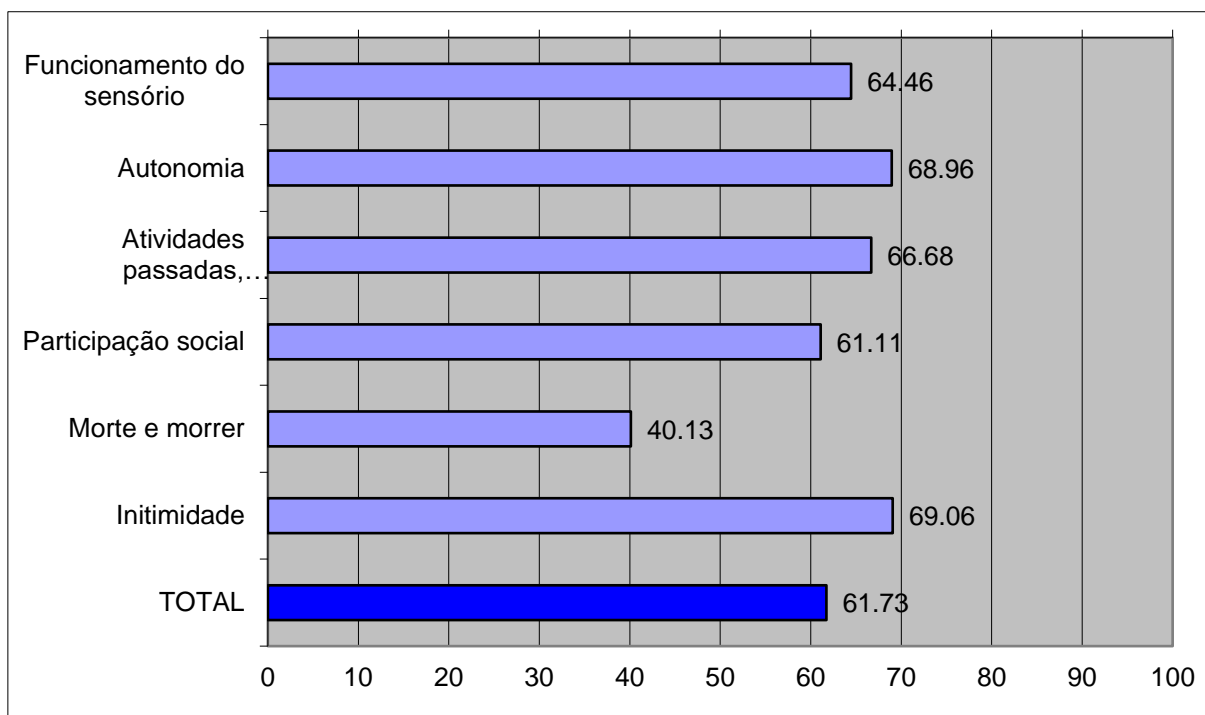
Alvarenga et al. (2011), estudando uma população de 503 idosos da cidade de Dourados no Mato Grosso do Sul, constataram que a rede mais próxima de contatos sociais para o grupo era constituída em importância decrescente principalmente por filhos, vizinhos, netos e amigos.

O domínio com menor escore foi o “físico”, fato que pode ter implicações a falta de atividade física da maioria dos participantes da pesquisa. Segundo Lima e Bittar (2012), esse domínio tem uma importante relevância na qualidade de vida dos idosos, pois está associado à capacidade funcional e é um fator que, também, causa impacto na independência dos mesmos.

A QV avaliada pelo WHOQOL-OLD foi analisada de acordo com os escores das seis facetas (domínios). Para todas as facetas o escore dos valores possíveis pode oscilar de 4 a 20. Os escores dessas seis facetas são combinados para produzir um escore geral (total). Basicamente, escores altos representam uma alta qualidade de vida, escores baixos representam uma baixa qualidade de vida (Gráfico 2).

O Gráfico 2 demonstra que o escore médio total de qualidade de vida percebido pelos idosos através do WHOQOL-OLD foi de $61,73 \pm 2,30$ pontos de uma escala transformada de 1-100, em que a maior pontuação (escore) caracteriza como uma melhor qualidade de vida e, a menor, uma pior qualidade de vida. A maior pontuação foi observada no domínio “Intimidade” ($69,06 \pm 4,31$) e, a menor, no domínio “Morte e Morrer” ($40,13 \pm 4,98$).

Gráfico 2 - Distribuição dos escores transformados em escala (1-100) dos resultados separados por domínio avaliado do WHOQOL-OLD



A sexualidade na velhice, devido à sua complexidade, deve ser envolta por meio de uma nova visão, que não se limite apenas aos seus aspectos biológicos, sendo caracterizada como muito além do ato sexual em si. Neste quesito tem de se atentar para todos os aspectos emocionais que envolvem as vivências sexuais e de intimidade, visando à assistência integral ao idoso. Conforme ressalta Feliciano e Galinha (2017), enfatizar a sexualidade é dar visibilidade ao idoso e conduzi-lo para o lugar de sujeito desejado. Assim, pode-se inferir que pelo fato da maioria dos participantes (52,1%) serem casados, possa contribuir para apresentar escores mais altos referente a intimidade avaliada no WHOQOL-OLD.

O domínio com menor escore foi o “morte e morrer”, fato que pode ter implicações pelos altos escores de “psicologia”, “relações sociais” e “intimidade” que mostram que, pelo fato da maioria dos idosos participantes ter seu companheiro de matrimônio vivo, talvez a cumplicidade dessa relação diminua preocupações com a morte. Isso se torna um fato importante na pesquisa, pois segundo Dalsenter e Matos (2009) o medo da morte pode interferir de forma negativa na QV do idoso, sendo gerador de ansiedade e impedindo-o de executar determinadas tarefas, que anteriormente, lhe conferiam satisfação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ter qualidade de vida é uma condição de multifatorial, pois vários fatores interferem diretamente, desde os pessoais e sociais até os culturais, econômicos e governamentais. Portanto, deve ser uma construção permanente e constante para que a sociedade esteja preparada para envelhecer com qualidade. Pode-se conhecer um pouco mais sobre aspectos do envelhecimento dos participantes, fato que torna-se um importante componente na busca por estratégias de planejamento e implementação de programas de promoção da saúde que favoreçam um envelhecimento saudável.

Neste estudo os participantes apresentaram baixa frequência na prática e atividades físicas o que pode ter favorecido para a aquisição e permanência de doença crônica não transmissível. Quanto a qualidade de vida, apesar da amostra não ser representativa, os achados encontrados indicam diversos aspectos desta população, destacando a importância da família e das relações sociais para o contexto de vida da população idosa.

Ressalta-se a importância de novos estudos referente a qualidade de vida dos idosos brasileiros, em especial, estudos com amplitude a nível nacional, a fim de ter um parâmetro de abrangência a nível nacional, identificando as demandas prioritárias para criar estratégias para conscientizar a todos sobre a importância das mudanças de atitudes em prol da promoção da saúde desta população.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, M. S. S.; CARVALHO, C. M. R. G. O envelhecimento pela ótica conceitual, sociodemográfica e político-educacional: ênfase na experiência piauiense. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 29, p. 435-444, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/icse/2009.v13n29/435-444/pt>>. Acesso em 20 abr. 2019.

ALENCAR, N. A.; SOUZA JÚNIOR, J. V.; ARAGÃO, J. C. B.; FERREIRA, M. A.; DANTAS, E. Nível de atividade física, autonomia funcional e qualidade de vida em idosas ativas e sedentárias. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 23, n. 3, p. 473-481, jul./set. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/fm/v23n3/a14v23n3>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

ARAGÃO, J. C. B.; DANTAS, E. H. M.; DANTAS, B. H. A. Efeitos da resistência muscular localizada visando a autonomia funcional e a qualidade de vida do idoso. **Fitness & Performance Journal**, Rio de Janeiro, v.1, n.3, p.29-37, mai./jun. 2002. Disponível em:<

http://www.fpjournal.org.br/painel/arquivos/22743_RLM_autonomia_Rev3_2002_Portugues.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2019.

BLAIR, S. N.; LAMONTE, M. J.; NICHAMAN, M. Z. The evolution of physical activity recommendations: how much is enough?. **The American journal of clinical nutrition**, v. 79, n. 5, p. 913-920, 2004.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de população e indicadores sociais. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil: 2009**. Rio de Janeiro, IBGE, 2009.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro, IBGE, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel - Brasil 2016: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/02/vigitel-brasil-2016.pdf>>. Acesso em: 09 maio 2019.

CAETANO, L. M. O Idoso e a Atividade Física. **Horizonte: Revista de Educação Física e desporto**, v. 11, n. 124, p. 20-28, 2006.

DALSENTER, C. A.; MATOS, F. M. Percepção da qualidade de vida de idosos institucionalizados da cidade de Blumenau (SC). **Dynamis**, v. 15, n. 2, p. 32-37, 2009.

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **InterScience Place**, v. 1, n. 7, p. 106-132, 2012. Disponível em: <<http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/196/194>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

FELICIANO, A.; GALINHA, S. Percepções dos idosos sobre a sexualidade em idades avançadas – estudo exploratório. **Rev UIIPS**, Santarém, v. 5, n. 3, p. 160-169, 2017.

FLECK, M. P. A.; LEAL, O. F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; DOS SANTOS, L.; PINZON, V. 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, jan./mar. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbp/v21n1/v21n1a06.pdf>>. Acesso em 23 abr. 2019.

FLECK, M. P.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 785-791, 2006.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 793-799, 2003. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2003.v37n6/793-799/pt>>. Acesso em: 08 maio 2019.

FOUNTOULAKIS, K. N.; O' HARA, R.; IACOVIDES, A.; CAMILLERI, C. P.; KAPRINIS, S.; KAPRINIS, G. Unipolar late-onset depression: a comprehensive review. **Annals of general hospital psychiatry**, v. 2, n. 1, p. 11, 2003.

FREITAS, A. P.; VOGEL, P.; FASSINA, P.; ADAMI, F. S. Relação da Qualidade de vida com o estado nutricional de idosos. **Revista Brasileira Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 9, n. 1, p. 30-44, 2017.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 123-133, 2012.

GONÇALVES, T. R. et al. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1755-1769, 2011.

HERÉDIA, V. B. M.; DE LORENZI, D. R. S. D.; FERLA, A. A. **Envelhecimento, saúde e políticas públicas**. Caxias do Sul: Educs, 2007.

LIMA, L. C. V.; BITTAR, C. M. L. A percepção da qualidade de vida em idosos: um estudo exploratório. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 4, n. 2, p. 1-11, jul./dez. 2012. Disponível em: < <https://revistas.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/1076/822>>. Acesso em: 09 maio 2019.

MAIA, M. A. C.; VÁGULA, S.; SOUZA, V. F. M.; PEREIRA, V. R. Estudo Comparativo Da Agilidade Entre Praticantes De Dança De Salão. **SaBios: Revista de Saúde e Biologia**, Campo Mourão, v. 2, n. 2, p. 36- 434, jul./dez. 2007.

MAROTTI, J.; GALHARDO, A. P. M.; FURUYAMA, R. J.; PIGOZZO, M. N.; CAMPOS, T. N.; LAGANÁ, D. C. Amostragem em Pesquisa Clínica: tamanho da amostra. **Rev. de Odont. da Univ. Cid. de São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 186-194, maio/ago. 2008. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Juliana_Marotti/publication/285800533_Amostragem_em_pesquisa_clinica_Tamanho_da_amostra/links/566aca4008aea0892c4b9e11.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2019.

MAZO, G. Z.; LOPES, M. A.; BENEDETTI, T. B. **Atividade física e o idoso: concepção gerontológica**. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 2009. 317p.

McLEAN, A. J.; LE COUTEUR, D. G. Aging biology and geriatric clinical pharmacology. **Pharmacological reviews**, v. 56, n. 2, p. 163-184, 2004.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 507-519, 2016. Disponível em: < <https://www.redalyc.org/html/4038/403846785012/>>. Acesso em 08 maio 2019.

SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Rev. bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 136-140, jan./fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a23.pdf>>. Acesso em: 08 maio 2019.

SILVA, M. F.; GOULART, N. B. A.; LANFERDINI, F. J.; MARCON, M.; DIAS, C. P. Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida de idosos sedentários e

fisicamente ativos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 635-642, out./dez. 2012. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4038/403838800004.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Rev Bras Hipertens**, v. 17, n. 1, p. 1-51, 2010.

WHOQOL GROUP. **The Development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL)**. In: ORLEY, John; KUYKEN, Willem (Ed.). *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 1994. p. 41-60.

WOODWARD, M. C. Deprescribing: achieving better health outcomes for older people through reducing medications. **Journal of Pharmacy Practice and Research**, v. 33, n. 4, p. 323-328, 2003.

WHO. World Health Organization. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.

WHO. World Health Organization. **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks**. Geneva: WHO; 2009.

WHO. World Health Organization. **Global recommendations on physical activity for health**. Genebra: WHO, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305057/>>. Acesso em: 09 maio 2019.