

Artigo Original

Comparação da qualidade de vida entre idosos sedentários e idosos atletas

Comparação da qualidade de vida entre idosos

Lúcia Faria Borges ¹

Débora Souza Rodrigues ¹

Sarita Amaral Scatrut ¹

Tarcila Brittes dos Santos ¹

Sionara Tamanini de Almeida ²

Thais de Lima Resende ³

¹ Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

² Mestre em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

³ Doutora em Ciências da Saúde (PUCRS). Professora do Curso de Fisioterapia (PUCRS).

Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia da PUCRS.

Lúcia Faria Borges

Av. Ipiranga, 6681 - Porto Alegre/RS

CEP: 90619-900

Fone: (51) 3320.3500

luciafariaborges@gmail.com

Nº de páginas: 24

Nº de tabelas: 6

RESUMO

Objetivo: Comparar a qualidade de vida entre idosos sedentários e idosos atletas de Porto Alegre, RS/ Brasil.

Métodos: Estudo transversal com a participação de 126 idosos, alocados em dois grupos iguais (2 x n=63): idosos sedentários (GS; 50 mulheres) e idosos atletas (GA; 18 mulheres). Foram coletados dados sociodemográficos, clínicos e sobre a qualidade de vida (QV; WHOQOL-bref). O Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) foi utilizado somente para a divisão dos idosos participantes entre muito ativos e pouco ativos, atletas e sedentários respectivamente.

Resultados: Nos quatro domínios do WHOQOL-bref, os atletas apresentaram QV significativamente melhor que os sedentários, assim como maior satisfação com a saúde. Não foi detectada diferença estatística entre os dois grupos em termos das seguintes facetas: sono, sentimentos negativos, apoio dos amigos, condições de moradia, morar sozinho, acesso aos serviços de saúde e meios de transporte. Os dois grupos diferiram estatisticamente em termos de: idade, distribuição por sexo, escolaridade, estado civil, trabalho, uso de medicação e problemas de saúde. O GS apresentou média de idade mais alta, maior percentual de mulheres, que não convivem maritalmente, com menor escolaridade, que não trabalham, que usam mais medicação e têm mais problemas de saúde.

Conclusões: Idosos atletas possuem uma melhor QV que os sedentários. Esses achados sugerem que a prática de atividade física regular é um fator indispensável para um processo de envelhecimento saudável.

Palavras chave: Qualidade de vida, Envelhecimento, Idoso, Saúde do idoso, Atividade Motora.

ABSTRACT

Aim: To compare the quality of life among athletes and sedentary elderly in Porto Alegre, RS/ Brazil.

Methods: This was a cross-sectional study involving 126 elderly, divided into two equal groups (2 x n = 63) of sedentary elderly (SG, 50 women) and elderly athletes (AG, 18 women). Sociodemographic, clinical and quality of life (QOL; WHOQOL-bref) data were collected. The International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) was used only for the division between the elderly participants very active and somewhat active, athletes and sedentary respectively.

Results: In the four domains of the WHOQOL-bref, the elderly athletes had the QOL significantly better than the sedentary, as well as greater satisfaction with their health. No significant statistical differences were found between the two groups in the following aspects: sleep, negative feelings, support from friends, living conditions, living alone, access to health services and transport. The two groups differed significantly in the following aspects: age, gender, education, marital status, work, medication use and health problems. The GS had higher mean age, a higher percentage of women, who do not live with a partner, less education, who do not work, they use more medications and have more health problems.

Conclusion: Elderly athletes have a better QOL than sedentary elderly. These outcomes suggest that regular physical activity is an essential factor for a healthy aging process.

Key words: Quality of Life, Aging, Aged, Health of the Elderly, Motor Activity.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o número de idosos deverá superar o número de crianças e adolescentes em cerca de quatro milhões em 2050 (1). Antes disso, em 2025, o Brasil será o sexto país do mundo com o maior número de pessoas idosas, dado o aumento da expectativa de vida (2).

O processo de envelhecimento da população brasileira vem ocorrendo em consequência das mudanças no comportamento das variáveis demográficas – principalmente na redução dos níveis de fecundidade associado ao aumento da longevidade – que, além das variações no ritmo de crescimento total da população, determinam importantes transformações na sua estrutura etária (3).

As implicações de ordem demográfica, econômica, social e de saúde do processo de envelhecimento já surtem seus efeitos no país, posto que trata-se de um processo multidimensional, o qual envolve aspectos físicos, sociais, cognitivos e emocionais (4). O processo de envelhecimento se compõe de fatores extrínsecos, tais como tipo de dieta e sedentarismo e, por causas psicossociais (5). Tais fatores intensificariam os efeitos adversos que ocorrem com o passar dos anos como a perda da eficiência dos processos envolvidos na manutenção do equilíbrio do organismo, gerando assim, maior vulnerabilidade e incidência de processos patológicos que podem, inclusive, levar à morte precocemente (6).

Com o envelhecimento, a partir dos cinquenta anos, tanto homens quanto mulheres passam a ter um decréscimo de massa óssea e muscular. Contudo, o tecido muscular é o que sofre maiores perdas, as quais decorrem de uma redução nos níveis de hormônio do crescimento e redução de atividade física (7).

A atividade física pode melhorar, amenizar ou retardar algumas perdas que ocorrem com o envelhecimento, uma vez que possibilita a redução dos riscos de comorbidades, além de melhorar a função muscular e diminuir a frequência de quedas, contribuindo para melhoria na qualidade de vida dos idosos (7).

O conceito de envelhecimento bem-sucedido define-se pela manutenção da autonomia, independência, relações de amizade, lazer, vida social e atividade física. Segundo Rowe e Kahn (6), existem três indicadores de envelhecimento saudável: baixo risco de doenças e de incapacidades funcionais, funcionamento mental e físico excelentes e envolvimento ativo com a vida. Uma das formas de avaliar um bem sucedido processo de envelhecimento e o quanto suas mudanças

afetam a vida pessoal e o bem estar da população, é através da análise da qualidade de vida.

O conceito de Qualidade de Vida (QV) foi definido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) como "a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (2). É importante mensurar os instrumentos relacionados à qualidade de vida, uma vez que estes fazem referência à saúde e tendem a manter o caráter multidimensional e avaliam ainda a percepção geral da QV, embora a ênfase habitualmente recaia sobre sintomas, incapacidades ou limitações ocasionadas por enfermidade (11).

Os instrumentos de medida de QV podem ser divididos em dois grupos: genéricos e específicos (12). Os instrumentos genéricos são utilizados na população em geral, sem especificar enfermidades, sendo mais apropriados a estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde. Os mais frequentemente utilizados no mundo são: The Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36), Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL), entre outros. O questionário utilizado no presente estudo foi o WHOQOL-bref (World Health Organization Quality of Life-bref). Trata-se de uma versão abreviada do WHOQOL 100, onde a qualidade de vida é constituída de três aspectos fundamentais: subjetividade, multidimensionalidade e inclusão de dimensões positivas e negativas (12).

Os instrumentos específicos são capazes de avaliar, de forma individual e específica, determinados aspectos da QV. Sua principal característica é a sensibilidade para medir as alterações em decorrência da história natural ou após determinada intervenção. Podem ser específicos para uma determinada população, enfermidade, ou para uma determinada situação (12).

Sobre atividade física, existem alguns questionários utilizados para mensurar o nível dessa atividade em idosos e, dentre eles, destaca-se o Questionário Internacional de Atividade Física- IPAQ. Este é um instrumento que permite estimar o gasto energético semanal de atividades físicas relacionadas com o trabalho, transporte, tarefas domésticas e lazer, realizadas por, pelo menos, 10 minutos contínuos, com intensidade moderada e vigorosa, durante uma semana habitual (15).

Os cientistas enfatizam cada vez mais a necessidade de que a atividade física seja parte fundamental dos programas mundiais de promoção da saúde. Os efeitos positivos de um estilo de vida ativo, o envolvimento dos indivíduos em programas de atividade física, assim como a prática de exercícios, leva a prevenção e a diminuição dos efeitos deletérios do envelhecimento (13).

Estudos epidemiológicos confirmam que as pessoas moderadamente ativas, têm um risco menor de desordens mentais do que as sedentárias. Da mesma forma, a atividade física apresenta efeitos benéficos nos aspectos psicológicos, sociais e cognitivos, sendo assim um aspecto fundamental de estilo de vida na promoção de um envelhecimento saudável bem sucedido (13). Todavia, não foi encontrado na literatura internacional estudo que comparasse a QV de atletas máster e idosos sedentários. O presente estudo, portanto, tem como objetivo comparar a qualidade de vida entre idosos sedentários e idosos atletas de Porto Alegre/ RS, Brasil.

MÉTODOS

Estudo transversal constituído pela aplicação de questionários em duas amostras de idosos diferenciadas pelo grau de atividade física: idosos sedentários e atletas máster. O presente estudo foi aprovado pelo CEP/PUCRS: 10/05258.

Os 126 participantes foram divididos em dois grupos: idosos sedentários (GS) e idosos atletas (GA), esses últimos provenientes de qualquer modalidade esportiva. O GS foi composto por 63 sujeitos, sendo 50 mulheres (79,4%) e 13 homens (20,6%), com média de idade de $75,6 \pm 9,3$ anos. O GA, também composto, por 63 sujeitos, sendo 18 mulheres (28,6%) e 45 homens (71,4%), com média de idade de $66,4 \pm 6,1$ anos.

A abordagem dos idosos foi realizada no ambulatório do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) da PUCRS, em clubes e em outros locais onde se desenvolvem treinamentos e competições esportivas.

Foram incluídos idosos de ambos os sexos com idade igual ou superior a 60 anos. Para o GA, além do critério da idade, teriam que ser participantes de competições dentro de sua modalidade há três anos ou mais. Foram considerados sedentários os idosos que relataram não realizar exercício físico.

Foram excluídos indivíduos com: déficit cognitivo evidenciado pelo Mini Exame do Estado Mental (14), déficit auditivo que os impedisse de entender os pesquisadores ou incapacidade para falar e se expressar.

Foi aplicado o Questionário Internacional de Atividades Física – IPAQ (15) para auxílio na diferenciação entre os indivíduos mais ativos (atletas) e os menos ativos (sedentários).

Coleta de dados

Os participantes da pesquisa foram informados sobre os objetivos da mesma e sobre a confidencialidade dos dados coletados. Em seguida eles foram convidados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (duas cópias).

Após a abordagem, convite e aceite para participar do estudo, foram aplicados, em ordem, os seguintes questionários: Questionário Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Questionário Bio-Sócio-Demográfico Simples, Questionário de Qualidade de Vida (WHOQOL-bref) e Questionário Internacional de Atividades Física (IPAQ - versão curta).

O Questionário MEEM permitiu uma avaliação global do funcionamento cognitivo. Ele é composto por uma avaliação de orientação, memória, atenção, cálculo, linguagem e capacidade construtiva visual. A pontuação máxima é de 30 pontos, sendo que foram excluídos todos aqueles com escolaridade inferior a 8 anos e pontuação menor que 18 e aqueles com escolaridade igual ou maior que 8 anos e pontuação inferior a 26, pois estes foram classificados com um déficit cognitivo baixo e incapaz de continuar (14).

O Questionário Bio-Sócio-Demográfico Simples foi aplicado para conhecer as informações profissionais, sociais e de saúde dos entrevistados. Seu objetivo foi classificar os diferentes sujeitos que compuseram a amostra.

O questionário utilizado para medir a QV no presente estudo foi o WHOQOL-bref (World Health Organization Quality of Life-bref). Trata-se de uma versão abreviada do WHOQOL 100, composta por 26 questões que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos, extraídas desse instrumento-padrão da OMS para avaliação de qualidade de vida. A versão abreviada é composta por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Sendo que das 26 questões, as duas primeiras (sobre a qualidade de vida geral) são genéricas e não entram no cálculo dos escores de nenhum dos domínios (10). A pontuação segue

uma escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida). Em cada faceta precisa-se somar os valores da entrevista (de 1 a 5) e dividir pelo número de participantes, sendo assim, se faz uma média onde o resultado vai ser de 1 até 5. Para a pontuação de cada domínio, precisam-se somar os valores das facetas e dividir pelo número delas, sendo assim, se faz uma média para cada domínio.

O Questionário Internacional de Atividades Físicas – IPAQ é um instrumento que permite estimar o tempo semanal gasto na realização de atividades físicas de intensidade moderada a vigorosa e em diferentes contextos da vida (trabalho, tarefas domésticas, transporte e lazer) (15).

No presente estudo, o IPAQ somente foi utilizado para a caracterização da amostra e conseqüentemente na divisão dos grupos, entre idosos atletas e sedentários.

Análise Estatística

A apresentação dos resultados ocorreu pela estatística descritiva - distribuição absoluta e relativa (n - %), bem como, pelas medidas de tendência central e de variabilidade, sendo que, o estudo da distribuição de dados da idade ocorreu pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*.

Para a análise bivariada das variáveis contínuas em relação à idade, foi utilizado o teste de t-Student para grupos independentes e, quando a comparação ocorreu sobre as variáveis categóricas, foram utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher.

Os dados foram analisados no programa *Statistical Package for Social Sciences* versão 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA, 2008) para Windows, sendo que, para critérios de decisão estatística adotou-se o nível de significância de 5%.

RESULTADOS

De acordo com a Tabela 1, pode-se observar que o GA possui 81% dos idosos com alta escolaridade enquanto que no GS esta característica está mais distribuída. No GS somente 36,5% dos idosos possuem alta escolaridade, predominando neste grupo a baixa e média escolaridade (63,5%).

Em relação ao estado civil, no GA 60,3% convivem maritalmente, enquanto que no GS apenas 28,6% convivem maritalmente.

Sobre a prática de atividade remunerada, verificou-se que no GS 93,7% dos idosos não trabalham e no GA 66,7% deles não trabalham.

Com relação à saúde dos grupos, pode-se observar que no GS 87,3% possuem problemas de saúde, sendo que 92,1% tomam medicamento regularmente. Enquanto que no GA 57,1% apresentam problemas de saúde e 58,7% tomam medicamento regularmente.

Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos na pergunta sobre morar sozinho.

WHOQOL-bref

De acordo com o Questionário WHOQOL-bref sobre a QV (Tabela 2), pode-se constatar que, nas duas primeiras perguntas analisadas, o GA apresentou escore maior que o GS.

Sobre a QV, 66,7% dos atletas avaliaram como muito boa, enquanto que dos sedentários apenas 33,3%. E quando perguntados sobre a satisfação com sua saúde, 58,7% dos atletas estão muito satisfeitos, enquanto que apenas 22,2% dos sedentários sentem o mesmo.

Domínio Físico

Com relação ao domínio físico (Tabela 3), pode-se constatar que das oito facetas analisadas, sete delas mostraram que o GA sobressaiu-se em relação ao GS no que diz respeito à dor física, energia para o dia-a-dia, locomoção, capacidade de desempenhar atividades, tratamento médico, capacidade para o trabalho e o quanto aproveita sua vida.

Sobre, o quanto a dor física o impede de realizar atividades, no GS 30,2% dos idosos responderam que a dor dificulta bastante ou extremamente a sua vida e no GA somente 7,9% dos idosos responderam que a dor dificulta bastante, sendo que nenhum respondeu, extremamente. Também, no GA, mais da metade considera que a dor não impede a realização de atividades de vida.

Sobre a quantidade de energia suficiente para o seu dia-a-dia, observamos que no GS a maioria (74,6%) respondeu que tem entre média e muita energia e no GA a maioria (98,5%) respondeu entre muito e completamente.

Quanto à locomoção, 73% dos idosos do GA disseram que se locomovem muito bem e apenas 34,9% dos idosos do GS marcaram a mesma resposta.

Na questão da capacidade para desempenhar as atividades do dia-a-dia, 100% dos idosos do GA sentem-se satisfeitos e muito satisfeitos enquanto que 71,4% dos idosos do GS marcaram a mesma resposta.

Quanto à necessidade de algum tratamento médico na sua vida diária, 76,2% dos idosos do GA responderam que não precisam ou precisam muito pouco, enquanto que no GS, 49,2% dos idosos precisam bastante ou extremamente de tratamento médico na sua vida diária.

Sobre o quão satisfeitos os idosos estão com a capacidade para o trabalho, 92,1% dos idosos do GA consideram-se satisfeitos e muito satisfeitos e dos idosos do GS, quase 30% deles consideram-se insatisfeitos ou nem satisfeitos nem insatisfeitos para o trabalho.

Com relação à capacidade de aproveitar a vida, 92% dos idosos do GA aproveitam a vida bastante ou extremamente, enquanto que no GS, 71,4% dos idosos aproveitam bastante ou mais ou menos.

Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos na pergunta sobre a satisfação com o sono.

Domínio Psicológico

Quanto ao domínio psicológico (Tabela 4), pode-se constatar que das cinco facetas analisadas, quatro delas mostraram que o GA se sobressaiu em relação ao GS. É possível observar isto nos itens que se referem à satisfação consigo mesmo, capacidade de concentração, capacidade de aceitar a aparência física e em que medida a sua vida tem sentido.

No item de satisfação consigo mesmo, pode-se constatar que o GA se sente mais satisfeito do que o GS, pois 60,3% do GA respondeu estar muito satisfeito enquanto que apenas 27% do GS marcou a mesma resposta.

Com relação à capacidade de concentração, 17,5% dos sedentários entendem que se concentram muito pouco, enquanto que somente 3,2% dos atletas marcaram a mesma opção. Por outro lado, 20,6% dos atletas entendem que conseguem se concentrar extremamente e apenas 9,5% dos sedentários pensam da mesma forma.

Sobre a aceitação da aparência física, 76,2% dos idosos do GS aceitam muito ou completamente enquanto que 95,3% dos atletas aceitam sua aparência muito ou completamente.

Perguntados sobre em que medida acham que a sua vida tem sentido, 98,4% dos idosos do GA responderam bastante e extremamente, enquanto que no GS 74,6% dos idosos responderam da mesma forma.

Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos na pergunta sobre a frequência de sentimentos negativos.

Domínio Relações Pessoais

No que se refere ao domínio de relações pessoais (Tabela 5) observou-se que das três facetas analisadas, em duas delas o GA apresentou escore maior que o do GS.

Na questão que aborda a satisfação com suas relações pessoais (amigos, parentes, colegas) os dois grupos se mostraram satisfeitos ou muito satisfeitos com as suas amizades, sendo que 50,8% do GA se considera muito satisfeito, enquanto que apenas 25,4% do GS respondeu da mesma forma.

Na questão que avaliou a satisfação com a vida sexual, o GA apresentou a predominância nos resultados satisfeito e muito satisfeito com 77,8% enquanto que no GS 42,8% responderam da mesma forma.

Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos na pergunta sobre a satisfação com o apoio de amigos.

Domínio Meio Ambiente

Sobre o domínio meio ambiente (Tabela 6), das oito facetas comparadas em cinco delas o GA obteve escore significativamente mais alto.

No item que aborda segurança, 88,9% do GA sentem-se bastante ou extremamente seguros, enquanto que no GS, 65,1% sentem-se assim.

Quanto ao ambiente físico em que vivem, ambos os grupos consideraram saudável seu ambiente.

Quanto à capacidade financeira para atender suas necessidades, 96,9% do GA respondeu média, muito ou completamente, enquanto que 82,6% do GS se enquadraram desta forma. Sendo que, aproximadamente 8% do GS considera que não possui dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades.

No que diz respeito à disponibilidade das informações necessárias no dia-a-dia, 87,3% do GA respondeu muito ou completamente e 77,8% do GS responderam da mesma forma.

Quanto a oportunidades de atividade de lazer, 23,8% do GS entendem que possui nada ou muito pouco enquanto que 85,8% do GA entendem que possui muito ou completamente oportunidades de atividade de lazer.

Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos nas perguntas sobre condições de moradia, acesso aos serviços de saúde e satisfação com os meios de transporte.

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados obtidos no presente estudo, foi possível observar que idosos atletas apresentam melhor QV do que os idosos sedentários. Na literatura, não há evidências desta comparação com idosos atletas, apenas com idosos ativos. Em um estudo de Toscano e Oliveira (15), foi observado que programas de atividade física contribuíram de forma expressiva na QV em uma população de idosos, tanto pelo engajamento social que eles promovem, quanto pelo estímulo positivo nos aspectos físicos, os quais na prática resultam em maior autonomia. E os níveis elevados de atividade física parecem intervir de maneira positiva em todos os domínios da qualidade de vida relacionada à saúde.

As características da população idosa do presente estudo apontam que o número de atletas homens supera o número de atletas mulheres, evidenciando que o sexo feminino possui maior contingente de sedentários.

Segundo Ainsworth (16), a demanda energética das mulheres durante sua vida é representada principalmente pelas atividades domésticas e estima-se que estas despendam 3,9 horas por dia em trabalhos domésticos e em tarefas de cuidados com a família, fazendo com que tenham menos tempo e interesse para realizar algum tipo de atividade física.

De acordo com os resultados obtidos pelo Questionário WHOQOL-bref, em todos os domínios de QV e na maioria das suas facetas, os idosos atletas apresentaram maior QV que os idosos sedentários. Esses dados sugerem que os idosos atletas apresentam maior disposição e incentivo na execução de tarefas, fazendo com que não deixem de realizar qualquer atividade proposta. O mesmo

pode ser observado no estudo de Mazo et al. (17), no qual, as idosas mais ativas apresentaram energia suficiente para o dia-a-dia, tinham boa capacidade de locomoção, se mostravam satisfeitas com a capacidade para as atividades de vida diária e trabalho e tinham a sua auto-imagem e autoestima elevadas.

A prática de atividade física está intimamente ligada à qualidade de vida e, conseqüentemente, com um envelhecimento bem sucedido. O envelhecimento para que seja bem sucedido, deve representar não apenas a ausência de enfermidades, mas também a manutenção das condições de autonomia e de funcionalidade (15). Como foram observadas no presente estudo, as facetas do domínio físico que abordam a funcionalidade, a necessidade de algum tratamento médico na vida diária e a satisfação pessoal com a capacidade de realizar atividades com autonomia, no GA foram consideravelmente mais positivas do que para o GS. O envelhecimento bem-sucedido vai além da dimensão física, pois aspectos psicológicos, sociais e cognitivos, são indispensáveis para avaliar o processo do envelhecimento amplamente. O bem-estar psicológico, por exemplo, é construído por seis dimensões-chave: a auto aceitação, relações positivas com os outros, autonomia, controle sobre o ambiente, propósito na vida e crescimento pessoal (18).

Segundo Ribeiro et al., a atividade física bem orientada e realizada regularmente tem como consequência inúmeros benefícios, principalmente para os indivíduos da terceira idade, e dentre eles podemos citar: maior longevidade, prevenção no declínio cognitivo, manutenção do status funcional elevado, redução da frequência de quedas e fraturas, manutenção da independência e autonomia, além de benefícios psicológicos como melhoria da autoimagem, da autoestima, do contato social e prazer pela vida (19).

Os resultados significativos do domínio psicológico que envolvem a satisfação pessoal e a presença de um sentido na vida, mostram que idosos atletas lidam melhor com a aparência e mantêm uma vida com propósito e com sentido. Sendo assim, a atividade física na vida destes idosos tem como consequência um maior bem-estar. Para algumas pessoas é possível que a busca por melhor qualidade de vida e bem-estar os levem a procurar um tipo de atividade física para se engajar.

Analisando os resultados do domínio de relações pessoais, o GA mostrou-se mais satisfeito com suas amizades e mais satisfeito com sua vida sexual. Observando que no GA 71,4% são homens, pode-se relacionar estes dados com o estudo de Bastos et al. (20) que, para 16,6% dos homens o sexo foi considerado

como muito importante, enquanto que para as mulheres, apenas 7%; e o sexo foi considerado pouco importante por 30,3% dos homens e 47,2% das mulheres.

Estudos afirmam que a prática de atividade física pode melhorar a aparência física e a atividade sexual. A maneira como o idoso se enxerga envelhecendo influencia no seu comportamento e autoestima, e a ansiedade com o processo de envelhecimento pode prejudicar relacionamentos e inibir a expressão sexual. Sendo assim, o exercício é benéfico não somente para a saúde, mas pode influenciar também, na aparência pessoal beneficiando a autoestima e a vontade de se relacionar sexualmente (21).

Associando a capacidade financeira para atender as necessidades e a escolaridade dos grupos, o GS apresentou menores condições financeiras e apresentou baixa e média escolaridade. Esta associação pode ser observada também no estudo de Zaitune et al. (22) que, pessoas de menor renda e escolaridade teriam menos acesso a locais públicos adequados e seguros para a prática de exercício ou a ambientes e locais privados pagos e/ou de alto custo, ao conhecimento sobre atividade física e saúde, às orientações de profissionais de saúde e às condições de vida necessárias para incorporação de práticas consideradas saudáveis.

De acordo com Jakobsson et al. (23) a renda se reduz acentuadamente quando ocorre a aposentadoria e fatores socioeconômicos podem influenciar a QV, tendo sido encontradas associações entre melhores condições socioeconômicas e melhores escores de QV. Segundo Sprangers et al. (24) o baixo nível de escolaridade mostrou-se relacionado a baixos níveis de QV.

Quanto às oportunidades de atividade de lazer, no GS entendem que possuem nada ou muito pouco, enquanto que no GA entendem que possuem muito ou completamente oportunidades de atividade de lazer. Segundo Zaitune et al. (22) os idosos de menor nível sócio-econômico, nível avaliado por renda ou escolaridade, são mais sedentários no lazer e os mesmos indivíduos com menor nível de escolaridade tendem a adotar, com mais frequência, hábitos de vida prejudiciais à saúde, por disporem de menor acesso à informação e menos acesso às condições de vida que propiciam a incorporação de comportamentos considerados saudáveis.

O estudo realizado por Ferraz et al. (25) indicou a associação entre dados positivos de QV dos idosos e acesso às atividades de lazer (instituição de recreação), enfatizando a importância desse fator para a QV. Portanto, considera-se

fundamental incentivar e proporcionar atividades de lazer para reduzir o isolamento e aumentar a inserção do idoso no meio social, refletindo na ampliação da autoestima, na condição de saúde e, conseqüentemente, na melhora da QV (25).

Sendo assim, pode-se concluir que idosos atletas possuem uma melhor QV que idosos sedentários. Dentre todos os itens analisados, pode-se observar que os idosos atletas enfrentam o processo de envelhecimento de maneira mais positiva que os sedentários. Assim, a prática regular de esportes competitivos, em uma realidade social cuja expectativa de vida cresce exponencialmente, contribui para a sociedade com idosos atuantes e mais independentes, tornando-se essencial para uma população mais sadia. É mister, portanto, que se difunda essa prática saudável, o que demanda uma atuação mais efetiva do poder público nesse sentido.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.
2. World Health Organization. Geneva: Health of the elderly; 1989.
3. Kreling, NH. Gênero e trabalho na terceira idade. Rev Mulher e trabalho. [periódico online]. 2001 Disponível em:
<http://revistas.fee.tche.br/index.php/mulheretrabalho/article/view/2672/2994>.
4. Baltes, PB, Baltes, MM. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. Cambridge: Rev Eur Science Foundation. 1990.
5. Robergs RA, Roberts SO. Princípios fundamentais de fisiologia do exercício para aptidão, desempenho e saúde. São Paulo: Phorte; 2002.
6. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. New York: Pantheon Books; 1998.
7. Fachine BRA, Trompieri N; O Processo de Envelhecimento: As principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. InterScience Place. 2012;1(7):117-122.
8. Mazo GZ, Benedetti TRB. Adaptação do questionário internacional de atividade física para idosos. Rev Bras Cineantropom Desempenho. 2010;12(6):480-484.
9. Trentini, CM. Qualidade de vida em idosos [Tese de Doutorado]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004.
10. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev Saude Publica. 2000;34(2):178-183.

11. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saude Publica*. 2004;20(2):580-588.
12. Campos M, Neto JF. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. *Rev Baiana Saude Publica*. 2008;32(2):232-240.
13. Matsudo S, Matsudo V, Neto T. Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. *Rev Bras Med Esporte*. 2000;2(5):61-73.
14. Almeida O. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 1998;56(3B):605-612.
15. Toscano JJO, Oliveira ACC. Qualidade de Vida em Idosos com Distintos Níveis de Atividade Física. *Rev Bras Med Esporte*. 2009;15(3):169-173.
16. Ainsworth BE. Issues in the assessment of physical activity in women. *Res Q Exerc Sport*. 2000;71(S2):S37-S42.
17. Mazo GZ, Mota J, Gonçalves LHT, Matos MG, Carvalho J. Atividade física e qualidade de vida de mulheres idosas da cidade de Florianópolis, Brasil. *Rev Port Cien Desp*. 2008;8(3):414–423.
18. Machado de Lima AMM, Silva HS, Galhardoni R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. *Interface*. 2008;12(27):795-803.
19. Ribeiro JAB, Cavalli AS, Cavalli MO, Pogorzelski LV, Prestes MR, Ricardo LIC. Adesão de idosos a programas de atividade física: motivação e significância. *Rev Bras Cienc Esporte*. 2012;34(4):970-981.
20. Bastos CC, Closs VE, Pereira AMVB, Batista C, Idalêncio FA, Carli GA et al. Importância atribuída ao sexo por idosos do município de Porto Alegre e associação com a autopercepção de saúde e o sentimento de felicidade. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(1):87-95.

21. Viana HB, Madruga VA. Sexualidade, qualidade de vida e atividade física no envelhecimento. Rev Fac Educação Física UNICAMP. 2008; 6:222-233.
22. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Gouldbaum M, Alves MCGP et al. Fatores associados à prática de atividade física global e de lazer em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP), Brasil. Cad Saude Publica. 2010;26(8):1606-1616.
23. Jakobsson U, Hallberg IR, Westergren A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. Qual Life Res. 2004;1(13):125-136.
24. Sprangers MA, Regt EB, Andries F, van Agt HM, Bijl RV, Boer JB et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life?. J Clin Epidemiol. 2000;53(9):895-907.
25. Ferraz AF, Peixoto MRB. Qualidade de vida na velhice: estudo em uma instituição pública de recreação para idosos. Rev Esc Enf USP. 1997;31:316-338.

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas da amostra, segundo os grupos (sedentários ou atletas).

CARACTERÍSTICAS	GRUPOS		p
	Sedentários (n=63)	Atletas (n=63)	
Sexo *			
Masculino	13 (20,6)	45 (71,4)	<0,001¶
Feminino	50 (79,4)	18 (28,6)	
Idade (ano)			
Média ± desvio padrão	75,6±9,3 (60 - 99)	66,4±6,1 (60 - 84)	<0,001£
Faixa Etária (anos) *			
Até 69	19 (30,2)	49 (77,8)	<0,001¶
De 70 a 79	20 (31,7)	10 (15,9)	
De 80 a 89	24 (38,1)	4 (6,3)	
Escolaridade *			
Baixa	23 (36,5)	3 (4,8)	<0,001¶
Média	17 (27)	9 (14,3)	
Alta	23 (36,5)	51 (81)	
Estado Civil *			
Convive maritalmente	18 (28,6)	38 (60,3)	<0,001¶
Não convive maritalmente	45 (71,4)	25 (39,7)	
Ainda trabalha *			
Sim	4 (6,3)	21 (33,3)	<0,001¶
Não	59 (93,7)	42 (66,7)	
Mora sozinho *			
Sim	16 (25,4)	13 (20,6)	0,672¶
Não	47 (74,6)	50 (79,4)	
Toma medicamentos? *			
Regularmente	58 (92,1)	37 (58,7)	<0,001§
Irregularmente	1 (1,6)	4 (6,3)	
Não Toma	4 (6,3)	22 (34,9)	
Tem problemas de saúde? *			
Sim	55 (87,3)	36 (57,1)	<0,001¶
Não	8 (12,7)	27 (42,9)	

*Percentuais obtidos com base no total de cada grupo; §: Teste exato de Fisher; ¶: Teste Qui-quadrado de Pearson; £: Teste t-Student para grupos independentes.

Tabela 2. Questões gerais do questionário de qualidade de vida WHOQOL-bref.

FACETAS	GRUPOS		p
	Sedentários (n=63)	Atletas (n=63)	
	n (%)	n (%)	
Como você avaliaria sua qualidade de vida?			
Muito ruim	1 (1,6)		
Ruim	3 (4,8)		
Nem ruim nem boa	14 (22,2)	1 (1,6)	<0,001§
Boa	24 (38,1)	20 (31,7)	
Muito boa	21 (33,3)	42 (66,7)	
Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?			
Muito insatisfeito	1 (1,6)	1 (1,6)	
Insatisfeito	10 (15,9)	1 (1,6)	
Nem satisfeito nem insatisfeito	13 (20,6)		<0,001§
Satisfeito	25 (39,7)	24 (38,1)	
Muito satisfeito	14 (22,2)	37 (58,7)	

§: Teste exato de Fisher.

Tabela 3. Domínio Físico do questionário de qualidade de vida WHOQOL-bref.

FACETAS	GRUPOS		P
	Sedentários (n=63) n (%)	Atletas (n=63) n (%)	
Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?			
Nada	16 (25,4)	32 (50,8)	0,001§
Muito pouco	15 (23,8)	19 (30,2)	
Mais ou menos	13 (20,6)	7 (11,1)	
Bastante	18 (28,6)	5 (7,9)	
Extremamente	1 (1,6)		
Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?			
Nada	1 (1,6)		<0,001§
Muito pouco	3 (4,8)		
Médio	21 (33,3)	1 (1,6)	
Muito	26 (41,3)	27 (42,9)	
Completamente	12 (19)	35 (55,6)	
Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?			
Muito insatisfeito	1 (1,6)		0,106¶
Insatisfeito	9 (14,3)	3 (4,8)	
Nem satisfeito nem insatisfeito	9 (14,3)	10 (15,9)	
Satisfeito	34 (54)	30 (47,6)	
Muito satisfeito	10 (15,9)	20 (31,7)	
Quão bem você é capaz de se locomover?			
Ruim	8 (12,7)		<0,001§
Nem ruim nem bom	13 (20,6)	1 (1,6)	
Bom	20 (31,7)	16 (25,4)	
Muito bom	22 (34,9)	46 (73)	
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?			
Insatisfeito	6 (9,5)		<0,001§
Nem satisfeito nem insatisfeito	12 (19,0)		
Satisfeito	36 (57,1)	38 (60,3)	
Muito satisfeito	9 (14,3)	25 (39,7)	
O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?			
Nada	6 (9,5)	27 (42,9)	<0,001§
Muito pouco	10 (15,9)	21 (33,3)	
Mais ou menos	16 (25,4)	4 (6,3)	
Bastante	29 (46)	7 (11,1)	
Extremamente	2 (3,2)	4 (6,3)	
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?			
Insatisfeito	7 (11,1)	1 (1,6)	0,009§
Nem satisfeito nem insatisfeito	11 (17,5)	4 (6,3)	
Satisfeito	34 (54)	33 (52,4)	
Muito satisfeito	11 (17,5)	25 (39,7)	
O quanto você aproveita a vida?			
Nada	4 (6,3)		<0,001§
Muito pouco	8 (12,7)		
Mais ou menos	16 (25,4)	5 (7,9)	
Bastante	29 (46)	38 (60,3)	
Extremamente	6 (9,5)	20 (31,7)	

§: Teste exato de Fisher; ¶: Teste Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 4. Domínio Psicológico do questionário de qualidade de vida WHOQOL-bref.

FACETAS	GRUPOS		P
	Sedentários (n=63) n (%)	Atletas (n=63) n (%)	
Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?			
Insatisfeito	9 (14,3)		<0,001§
Nem satisfeito nem insatisfeito	7 (11,1)	1 (1,6)	
Satisfeito	30 (47,6)	24 (38,1)	
Muito satisfeito	17 (27)	38 (60,3)	
O quanto você consegue se concentrar?			
Muito pouco	11 (17,5)	2 (3,2)	0,030§
Mais ou menos	16 (25,4)	18 (28,6)	
Bastante	30 (47,6)	30 (47,6)	
Extremamente	6 (9,5)	13 (20,6)	
Você é capaz de aceitar sua aparência física?			
Muito pouco	4 (6,3)		0,005§
Médio	11 (17,5)	3 (4,8)	
Muito	22 (34,9)	18 (28,6)	
Completamente	26 (41,3)	42 (66,7)	
Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?			
Nunca	15 (23,8)	18 (28,6)	0,067§
Algumas vezes	33 (52,4)	40 (63,5)	
Frequentemente	9 (14,3)	5 (7,9)	
Muito frequentemente	5 (7,9)		
Sempre	1 (1,6)		
Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?			
Nada	1 (1,6)		0,002§
Muito pouco	6 (9,5)		
Mais ou menos	9 (14,3)	1 (1,6)	
Bastante	28 (44,4)	37 (58,7)	
Extremamente	19 (30,2)	25 (39,7)	

§: Teste exato de Fisher.

Tabela 5. Domínio Relações Pessoais do questionário de qualidade de vida WHOQOL-bref.

FACETAS	GRUPOS		P
	Sedentários (n=63) n (%)	Atletas (n=63) n (%)	
Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?			
Insatisfeito	4 (6,3)	3 (4,8)	0,031§
Nem satisfeito nem insatisfeito	7 (11,1)	5 (7,9)	
Satisfeito	36 (57,1)	23 (36,5)	
Muito satisfeito	16 (25,4)	32 (50,8)	
Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?			
Muito insatisfeito	4 (6,3)	3 (4,8)	<0,001§
Insatisfeito	5 (7,9)		
Nem satisfeito nem insatisfeito	27 (42,9)	11 (17,5)	
Satisfeito	22 (34,9)	33 (52,4)	
Muito satisfeito	5 (7,9)	16 (25,4)	
Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?			
Muito insatisfeito	1 (1,6)		0,122§
Insatisfeito	3 (4,8)	1 (1,6)	
Nem satisfeito nem insatisfeito	7 (11,1)	7 (11,1)	
Satisfeito	37 (58,7)	28 (44,4)	
Muito satisfeito	15 (23,8)	27 (42,9)	

§: Teste exato de Fisher.

Tabela 6. Domínio Meio Ambiente do questionário de qualidade de vida WHOQOL-bref.

FACETAS	GRUPOS		p
	Sedentários (n=63) n (%)	Atletas (n=63) n (%)	
Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?			
Nada	1 (1,6)		
Muito pouco	4 (6,3)	1 (1,6)	
Mais ou menos	17 (27)	6 (9,5)	0,011§
Bastante	34 (54)	38 (60,3)	
Extremamente	7 (11,1)	18 (28,6)	
Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?			
Nada	1 (1,6)	1 (1,6)	
Muito pouco	4 (6,3)	2 (3,2)	
Mais ou menos	9 (14,3)	12 (19)	0,016§
Bastante	41 (65,1)	25 (39,7)	
Extremamente	8 (12,7)	23 (36,5)	
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?			
Nada	5 (7,9)		
Muito pouco	6 (9,5)	2 (3,2)	
Médio	18 (28,6)	24 (38,1)	0,046§
Muito	15 (23,8)	10 (15,9)	
Completamente	19 (30,2)	27 (42,9)	
Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?			
Nada	1 (1,6)		
Muito pouco	2 (3,2)	1 (1,6)	
Médio	11 (17,5)	7 (11,1)	0,030§
Muito	32 (50,8)	22 (34,9)	
Completamente	17 (27)	33 (52,4)	
Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?			
Nada	3 (4,8)		
Muito pouco	12 (19)		
Médio	19 (30,2)	9 (14,3)	<0,001§
Muito	21 (33,3)	27 (42,9)	
Completamente	8 (12,7)	27 (42,9)	
Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?			
Insatisfeito	3 (4,8)	3 (4,8)	
Nem satisfeito nem insatisfeito	5 (7,9)	5 (7,9)	
Satisfeito	32 (50,8)	21 (33,3)	0,202§
Muito satisfeito	23 (36,5)	34 (54)	
Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?			
Muito insatisfeito	4 (6,3)		
Insatisfeito	6 (9,5)	5 (7,9)	
Nem satisfeito nem insatisfeito	5 (7,9)	9 (14,3)	0,118§
Satisfeito	36 (57,1)	30 (47,6)	
Muito satisfeito	12 (19)	19 (30,2)	
Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?			
Muito insatisfeito	1 (1,6)		
Insatisfeito	3 (4,8)		
Nem satisfeito nem insatisfeito	10 (15,9)	1 (1,6)	0,106§
Satisfeito	31 (49,2)	36 (57,1)	
Muito satisfeito	18 (28,6)	26 (41,3)	

§: Teste exato de Fisher.