

**ASSOCIAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E PARÂMETROS
MORFOFUNCIONAIS EM IDOSAS PRATICANTES DE CAMINHADA**

Iramar Manoel Oliveira da Silva

NATAL/2012

Iramar Manoel Oliveira da Silva

**ASSOCIAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E PARÂMETROS
MORFOFUNCIONAIS EM IDOSAS PRATICANTES DE CAMINHADA**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Educação Física do Centro Universitário do Rio Grande do Norte, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Bacharel em Educação Física sobre a orientação do professor Felipe Fernandes Oliveira Dantas.

Natal/RN
2012

Iramar Manoel Oliveira da Silva

**ASSOCIAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E PARÂMETROS
MORFOFUNCIONAIS EM IDOSAS PRATICANTES DE CAMINHADA**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Educação Física do Centro Universitário do Rio Grande do Norte como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Bacharel em Educação Física. Felipe Fernandes Oliveira Dantas

Banca Examinadora:

Prof. Ms. Marcelo Henrique Alves Ferreira da Silva

Prof. Ms. João Caetano de Farias Neto

Presidente: Filipe Fernandes Oliveira Dantas

“Impossível é apenas uma grande palavra usada por gente fraca que prefere viver no mundo como está em vez de usar o poder que tem para muda-lo. Impossível não é um fato, é uma opinião. Impossível não é uma declaração, é um desafio. Impossível é hipotético. Impossível é temporário.”

Mohamm Ali

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus: Meu amparo e refugio, alegria da minha alma, onde encontrava esperança. E as mãos que me guiam e acolhem, por que foi ele que me ensinou que: “É melhor ter companhia do que estar sozinho, por que maior é a recompensa do trabalho de duas pessoas. Se um cair, o amigo pode ajuda-lo a levantar-se. Mas pobre do homem que cai e não tem quem o ajude a levantar-se! E se dois dormirem juntos, vão manter-se aquecido. Como, porém, manter-se aquecidos sozinho? Um homem sozinho pode ser vencido, mas dois conseguem defender-se. Um cordão de três dobras não se rompe com facilidade” (Eclesiastes 4:9-12).

Agradeço aos meus pais, Cícera Oliveira e Adonias Adalgiso sentinelas constantes que me permitiram a vida e caminharam comigo. Cada um de seus atos foi uma oportunidade que eu tive para crescer e me tornar o que sou.

Ao professor, orientador e amigo Filipe Dantas pelo tempo e paciência a mim dedicados e pelo espírito crítico o qual espero, pelo menos em parte, ter adquirido.

Todo conhecimento apreendido nestes três anos e meio não foram simplesmente lançados, mas construídos, muito obrigado Luciano Alonso e Edeilson Mathias.

Agradeço ao grupo de caminhada da unidade de saúde da família do conjunto, soledade I, por ter colaborado com a pesquisa.

Agradeço a Dr. Amadeus por todo o incentivo e colaboração financeira, pois foi com sua ajuda que pude ingressar nessa jornada.

Agradeço as minhas irmãs Iranir Oliveira, Irlene Oliveira, Ivanete Oliveira e minha sobrinha Daniele Kasile, por todo momento está ao meu lado me apoiando e me dando força para seguir em frente.

Agradeço a minha amiga e nutricionista Rosangela Sandra, pela colaboração, incentivo e todo apoio junto com o grupo de caminhada do pajuçara.

Aos meus amigos de graduação do curso pelo convívio e amizade, compreensão e estudos.

Agradeço a Junior Liberato por sua amizade e força durante todo tempo.

Agradeço a minha esposa, amiga, irmã, companheira, que me ajudou a superar todas as dificuldades dessa vida, sempre me apoiando e me dando força a seguir em frente.

Resumo

O presente artigo teve como objetivo analisar a qualidade de vida das mulheres idosas praticantes de caminhada. Sabe-se que a população brasileira está envelhecendo de forma acentuada, sinalizando que a atual expectativa de vida é de 72,7 anos. A partir desse contexto, busca-se compreender o processo de associação entre a qualidade de vida e parâmetros morfofuncionais em idosos praticantes de caminhada. Privilegiou-se nesse estudo um grupo de 32 mulheres idosas praticante de caminhada da unidade de saúde da família, do conjunto Soledade I, localizado em Natal – RN. Foi medido o índice de massa corporal, o índice de relação cintura / quadril e a aptidão aeróbia através do teste de caminhada de 6 minutos; buscando uma associação entre essas variáveis com 6 áreas da qualidade de vida medidas pelo questionário específico para idoso da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL – OLD). Para avaliar a presença dessas associações foi utilizado o teste estatístico Qui – quadrado ou Exato de Fisher, para um nível de significância menor do que 5%. Detectaram-se, mulheres idosas apresentando sobrepeso (IMC = $27,7 \pm 4,7$) e risco elevado para desenvolver doenças cardíacas (RCQ = $0,89 \pm 0,1$). Já nas associações analisadas não foi encontrado nenhuma associação significativa. No decorrer do estudo, tornou-se necessário rever o programa de exercício e padrão alimentar. É sugerido novos estudos de avaliação de outros parâmetros morfofuncionais, tais como, percentual de gordura e força muscular, para que sejam encontradas variáveis que possam ser levantadas como fatores influenciadores na qualidade de vida das mulheres idosas.

Palavras-chave: aptidão aeróbica. Qualidade de vida. Idoso. Atividade física.

Abstract

This article aims to analyze the quality of life of elderly women hikers. It is known that the Brazilian population is aging dramatically, signaling that the current life expectancy is 72.7 years. From this context, we seek to understand the process of association between quality of life and morphofunctional parameters in elderly hikers. This study we focused on a group of 32 elderly women practicing walking the family health unit, the set I Soledad, located in Natal - RN. We measured the body mass index, the ratio of waist / hip ratio and aerobic fitness test through the 6-minute walk, seeking an association between these variables with the six areas measured by the quality of life questionnaire specific to elderly people of the World Health Organization (WHOQOL - OLD). To evaluate the presence of these associations, we used the statistical test Chi - square or Fisher's exact test for a significance level of less than 5%. Were detected, older women presenting overweight ($BMI = 27.7 \pm 4.7$) and high risk for developing heart disease ($WHR = 0.89 \pm 0.1$). Have analyzed the associations found no significant association. During the study, it became necessary to revise the program of exercise and diet. It is suggested further studies to evaluate other morphofunctional parameters such as body fat percentage and muscle strength, to be found variables that may be raised as factors influencing the quality of life of older women.

Keywords: Aerobic fitness. Quality of life. Elderly. Physical activity.

Sumário

1. Introdução.....	10
2. Materiais e Métodos.....	15
2.1 Tipo de estudo.....	15
2.2 População.....	15
2.3 Amostra.....	15
2.4 Amostragem.....	15
2.5.1 Critérios de inclusão.....	15
2.5.2 Critérios de exclusão.....	16
2.6 Instrumentos de medida e procedimento de coleta de dados.....	16
2.7. Métodos de Análise estatística.....	17
3. Resultados.....	18
4. Discussão.....	27
5. Conclusão.....	29
Referências.....	30
Anexos.....	32

1. Introdução

A população brasileira está envelhecendo de forma acentuada, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2010), a esperança ou a expectativa de vida é de 72,7 anos. O ser humano vive em um regime extremamente cansativo e desgastante em suas atividades diárias; seja no trabalho, na escola, em casa ou em qualquer outro lugar. Como consequência disso, percebe-se que cada vez mais as atividades físicas estão sendo buscadas como forma de aliviar o *stress* diário, relaxar o corpo e principalmente melhorar a saúde e a qualidade de vida das pessoas.

Atualmente existe no Brasil, aproximadamente, 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa pelo menos 10% da população brasileira. Segundo projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde – OMS (2012), no período de 1950 a 2025, o grupo de idosos no país deverá ter aumentado em quinze vezes, enquanto a população total em cinco. Assim, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade. Segundo o ministério da saúde, o envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, onde se apresentam várias alterações, como uma diminuição gradativa da reserva funcional dos indivíduos, que pode se manifestar sob forma de condições normais ou patológicas, de acordo com eventos de sobrecarga que o indivíduo passa, porém podem ser minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo, (Ministério da saúde, 2006). O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade. É também, um dos maiores desafios devido a necessidade de provê a esses cidadãos condições de uma vida digna e saudável.

O termo “envelhecimento ativo” foi adotado pela Organização Mundial de Saúde no final dos anos 90. Ele procura transmitir uma mensagem mais abrangente do que “envelhecimento saudável”, e reconhecer, além dos cuidados com a saúde,

outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (Kalache e Kickbusch, 1997).

A abordagem do envelhecimento ativo é baseada no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto - realização estabelecida pela Organização das Nações Unidas. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, incapacitadas fisicamente, e que requerem cuidados.

Nesse contexto, a saúde aparece como elemento central por exercer forte impacto sobre a qualidade de vida. Os estigmas negativos, normalmente associados ao processo de envelhecimento, têm como um de seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade. As representações sociais construídas em torno da velhice estão fortemente associadas à doença e à dependência, aceitas como características normais e inevitáveis desta fase, (Ministério da Saúde, 2010).

O conceito de saúde nessa faixa populacional é abrangente e não se restringe à presença ou ausência de doença ou agravo e é estimada pelo nível de independência e autonomia. A avaliação deve ser multidimensional, levando-se em conta o bem-estar biopsicossocial e a necessidade de ações integradas da equipe multidisciplinar, (Secretaria de estado de saúde de Minas Gerais, 2006).

Entretanto, o maior acesso aos serviços de saúde, bem como aos bens sociais como educação e renda, tem modificado sobremaneira a própria imagem do abandono associada à velhice. Políticas previdenciárias e de assistência social, em conjunto com a expansão e qualificação da estratégia saúde da família têm contribuído para horizontes cada vez mais positivos na vida desses brasileiros (as) com 60 anos ou mais, (Ministério da Saúde, 2010).

O envelhecimento da população brasileira levanta várias questões fundamentais, tais como: Como podemos ajudar as pessoas a permanecerem independentes e ativas à medida que envelhecem? Como podemos encorajá-las a

promoção de saúde e as políticas de prevenção, especialmente aquelas direcionadas às mais velhas? Já que as pessoas estão vivendo por mais tempo, como a qualidade de vida na Terceira Idade pode ser melhorada?

Como grande parte das evidências epidemiológicas sustenta um efeito positivo de um estilo de vida ativo e do envelhecimento dos indivíduos em programas de atividade e exercício na prevenção e minimização dos efeitos deletérios do envelhecimento, os cientistas enfatizam cada vez mais a necessidade de que a atividade física seja parte fundamental dos programas mundiais de promoção à saúde. Não se pode pensar hoje em dia em garantir uma vida saudável sem que além das medidas gerais de saúde se inclua a atividade física. Esta preocupação tem sido discutida não somente nos chamados países desenvolvidos como também nos países em desenvolvimentos que é o caso do Brasil (American College of Sports Medicine, 1998).

A prática regular de exercícios físicos é, com certeza, um dos hábitos mais saudáveis que se pode recomendar. O indivíduo fisicamente ativo melhora sua autoestima, previne doenças e, conseqüentemente melhora sua qualidade de vida (Barros, 1997). O exercício pode a ser fonte da juventude se praticado com regularidade, se associado com uma dieta saudável e hábitos saudáveis (Leite, 1996).

A atividade física é entendida como qualquer esforço muscular voluntário que resulte em gasto energético, desde atividades ocupacionais, diárias, até atividades mais complexas (Nahas, 2006). A atividade física é recomendada e deve ser estimulada para pessoas de todas as idades, cujos benefícios associados à saúde ocorrem mesmo quando a atividade é iniciada em uma fase tardia da vida (Ferigollo, 2001). Uma atividade física bastante popular por seu fácil acesso é a caminhada, já que para os praticantes não exigem custo algum e pode ser realizada em qualquer lugar, seja na rua, na praia, no campo, nos parques ou em ginásios. Deve-se lembrar de que andar faz parte da nossa vida cotidiana e a caminhada – exercício é simplesmente, o ato de andar em um ritmo mais acelerado. Evidências demonstram que a prática regular trás diversos benefícios a saúde (Williams e Wilkins, 2000). Por

ser um exercício aeróbico de baixa intensidade e longa duração apresenta um efeito protetor, pois a falta de movimentação leva muitas vezes a fraqueza e encurtamento muscular, resultando na dificuldade de se movimentar e comprometendo as funções orgânicas. Outros benefícios da caminhada para o nosso corpo é a melhora no humor e na sensação de bem estar. Com a caminhada nosso corpo produz endorfina e dá aquela sensação de prazer, sem falar que fortalece os músculos, deixando o corpo muito mais bonito e saudável (Simão, 2007).

A caminhada é muito procurada por ser adaptada ao nível de condicionamento físico de cada indivíduo e considerada a prática mais segura de exercícios aeróbicos, por conferir proteção ao sistema cardiovascular, músculo - ligamentar e ósteo - articular. Essa modalidade é considerada, indiscutivelmente, a melhor forma para realização de exercícios aeróbicos para adultos aparentemente saudáveis, especialmente para idosos e para os pacientes portadores de doenças cardíacas e doenças metabólicas, diabetes, obesidade, e excesso de triglicerídeos no sangue. Um programa de caminhada regular tem sido preconizado como uma conduta não farmacológica de controle dos níveis pressóricos por provocar uma série de respostas fisiológicas (Fagard & Cornelissen, 2007); (Sobral Filho & Monteiro, 2004).

Os significados atribuídos à prática de caminhada estão relacionados à busca de um estilo de vida mais saudável, que associa bem-estar físico, mental e social, motivando e condicionando os sujeitos a um viver, ser e sentir-se mais saudável. A ocorrência de doença, a necessidade de tratamento e/ou reabilitação são os principais motivos que levam a busca da caminhada, assim como a intenção de reverter o sedentarismo (Silva, 2006).

A avaliação Física é um importante processo na prática da caminhada, pois através dela, o educador físico poderá avaliar a maior necessidade do indivíduo, seja para aumentar o VO_2 máx, reduzir peso ou ainda reduzir percentual de gordura. Através da avaliação, o profissional terá parâmetros para identificar a melhor intensidade e a frequência do exercício, para que se trabalhe dentro de uma zona de segura, a qual é individual.

Dentro desse contexto, este artigo teve como objetivo, avaliar a qualidade de vida dos praticantes de caminhada da unidade de saúde da família, do conjunto habitacional Soledade I, localizado no município de Natal/RN. Adicionalmente, foi verificada a associação entre o índice de massa corporal, relação cintura quadril e aptidão aeróbia com seis áreas referentes à qualidade de vida (funcionamento do sensório; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte / morrer e intimidade).

Apesar de já ser comprovado por inúmeros estudos que a atividade física minimiza os declínios do envelhecimento, o sedentarismo tem aumentado muito na atualidade, contribuindo para má qualidade de vida, pois desta forma acelerar as perdas funcionais no idoso Thomas (2000).

2. Material e Métodos

2.1 Tipo de estudo

Este estudo foi observacional ou não experimental de corte transversal. A observação do fator de exposição foi realizada através de uma análise seccional.

2.2 População

A população deste estudo foi formada por praticantes de caminhada da unidade básica de saúde do conjunto habitacional Soledade I, localizado no município de Natal – RN.

2.3 Amostra

A amostra foi composta por 32 mulheres na faixa etária igual ou com mais de 60 anos de idade.

2.4 Amostragem

A alocação dos sujeitos foi realizada por conveniência através das praticantes de caminhada disponíveis no dia da coleta dos dados.

2.5 Sujeitos

2.5.1 Critérios de inclusão

- Quem se dispunha a participar.
- Mulheres praticantes regulares de caminhada, 3 vezes na semana a pelo menos 1 (um) ano e que estivessem cadastradas na unidade de saúde da família do conjunto habitacional do Soledade I do município de Natal – RN;
- Mulheres que no dia da coleta tivessem idade igual ou superior a 60 anos de idade.

2.5.2 Critérios de exclusão

- Mulheres Idosas advertidas pelos seus médicos e que não tinham condições de exercitassem devido as restrições clínicas específicas.
- Quem não estivesse caminhando.

2.6 Instrumentos de medida e procedimento de coleta de dados

Após leitura do termo de consentimento livre e esclarecido que explica todos os riscos inerentes a pesquisa e deixam esclarecido que o participante pode desistir a qualquer momento sem nenhum prejuízo ao mesmo, as participantes do estudo responderam o questionário WHOQOL – OLD que tem como objetivos desenvolver e testar a avaliação da qualidade de vida para pessoas mais velhas em 6 facetas (funcionamento do sensório; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte / morrer e intimidade), através de uma medida genérica da qualidade de vida em adultos idosos.

Após responder o questionário, realizou-se uma avaliação física, na qual foi avaliada algumas medidas antropométricas, entre elas o ICQ (índice cintura/quadril) que relaciona a circunferência abdominal com o perímetro do quadril, servindo como um indicativo indireto da quantidade de gordura visceral (gordura que envolve os órgãos intra-abdominais). Para coletar essas medidas utilizamos uma trena antropométrica (Sanny). Outra medida antropométrica utilizado foi o índice de massa corpórea (IMC) que correlaciona peso e altura. Para tal medida, o equipamento necessário para coleta foi uma balança digital com estadiômetro (Sanny).

A pressão arterial foi aferida com o aparelho de pressão (Digital de Pulso G TECH) previamente ao iniciar o exercício.

Em seguida, foi realizado o teste de caminhada de seis minutos (TC6) que tem sido muito utilizado como forma de avaliar a aptidão física em indivíduos pouco condicionados fisicamente que não realizam, por motivos variados, o teste ergométrico. O TC6 possui boa correlação com o VO_2 (consumo de oxigênio

máximo), além de ser facilmente aplicado, melhor tolerado e melhor refletir atividades de vida diária. Além disso, é uma forma prática, de baixo custo, de avaliar a capacidade física em indivíduos com limitação funcional, que ganhou grande importância tanto na prática clínica quanto em pesquisa nos últimos anos. O TC6 tem como objetivos: avaliar a capacidade aeróbica para a prática de esportes e outras atividades; avaliar o estado funcional do sistema cardiovascular e/ou respiratório na saúde e doença; avaliar programas de prevenção, terapêuticos e de reabilitação e prever morbidade e mortalidade em candidatos a transplantes. Foi pedida a avaliada que caminhasse durante 6 minutos em uma pista retangular, com 50m de comprimento, marcada de 5 em 5 metros, a maior distância possível. Os equipamentos necessários para a realização deste teste foram: cronômetro (cronômetro Sport Timer), monitor de frequência cardíaca (freqüencímetro Blitz, São Paulo, Brasil) e cones colocados a cada 5 metros de distância.

2.7. Métodos de Análise Estatística

Os dados foram digitados originalmente no banco de dados do software SPSS® (Statistical Package for Social Sciences) versão 17.0 para Windows. Após a estruturação final do banco de dados foi realizada, inicialmente, uma análise descritiva de todos os dados relativos às variáveis dependentes e independentes.

A análise bivariada entre as variáveis dependentes (áreas relacionadas à qualidade de vida) e as variáveis independentes (ICQ, IMC e aptidão aeróbia), foi conduzida através do teste estatístico Qui-quadrado ou Exato de Fisher. O requisito que se devia cumprir para a aplicação do teste Qui-quadrado é que nenhum dos valores esperados na tabela 2x2 seja menor do que 5, já para o teste Exato de Fisher, o requisito era que pelos menos um dos valores esperados na tabela 2x2 fosse menor do que 5.

Foi também utilizada a medida estatística razão de prevalência que expressa a magnitude da prevalência do desfecho que os expostos possuem em relação aos não expostos.

Para todas as análises foram aplicadas o nível de significância menor do que 5% ($p < 0,05$), verificando assim, a associação significativa desses fatores com a qualidade de vida dos praticantes de caminhada.

3. Resultados

Na tabela abaixo segue os dados referentes ao perfil das mulheres idosas avaliadas.

Tabela 1. Perfil inicial das medidas de tendência central e dispersão, relacionadas às variáveis antropométricas, fisiológicas e com relação ao desempenho no teste de aptidão aeróbia nas mulheres idosas praticantes de caminhada da unidade de saúde da família, do conjunto Soledade I, Natal – RN, 2012.

	Média	dp	Mediana	Q₂₅ – Q₇₅
Idade (anos)	67,0	4,5	66,0	64,0 – 69,0
*I.M.C (Kg/m ²)	27,0	4,7	26,4	23,7 – 30,0
Cintura (cm)	91,1	13,0	91,7	81,4 – 99,0
Quadril (cm)	102,5	7,7	101,7	96,8 – 106,5
*RCQ	0,89	0,1	0,90	0,80 – 0,97
Pressão arterial sistólica (mmHg)	133,1	16,1	130,0	120 – 140
Pressão arterial diastólica (mmHg)	86,6	10,7	85,0	80 – 97,5
Distância percorrida no *T6 (m)	518	50,0	520	473,3 – 559,5
*FC pré T6 (bpm)	71	9,0	72	64 – 78
*FC pós T6 (bpm)	103	14,1	100,5	94,5 – 111

*I.M.C – Índice de Massa Corporal.

*RCQ – Medida referente a relação entre circunferência da cintura pela circunferência do quadril.

*T6 – Teste de caminhada de 6 minutos.

*FC – Frequência cardíaca

As idosas apresentaram uma média de idade de 67 ($\pm 4,5$) anos. A distância percorrida no T6 correspondeu a uma boa distância com relação à idade das avaliadas. A pressão arterial sistólica e diastólica encontra-se dentro dos padrões

normais, entretanto, o IMC (índice de massa corporal) e o RCQ (relação cintura/quadril) não apresentaram resultados satisfatórios, sendo o IMC médio das avaliadas classificado como sobrepeso e o ICQ médio das avaliadas correspondendo a um valor acima de 0,80, o que segundo (Fernandes Filho, 2003) pode ser classificado como risco para desenvolver doenças cardíacas.

Na tabela 2, segue os dados referentes à qualidade de vida das mulheres idosas praticantes de caminhada.

Tabela 2. Qualidade de vida (englobando todas as áreas e dividindo em seis áreas determinadas) nas mulheres idosas praticantes de caminhada da unidade de saúde da família, do conjunto Soledade I, Natal – RN, 2012.

	Má qualidade de vida		Boa qualidade de vida	
	n	%	n	%
Qualidade de vida (QV)	18	56,3	14	43,8
QV na área das habilidades sensoriais	20	62,5	12	37,5
QV na área da autonomia	18	56,3	14	43,8
QV na área das atividades passadas, presentes e futuras	19	59,4	13	40,6
QV na área da participação social	19	59,4	13	40,6
QV na área de morte e morrer	24	75,0	8	25,0
QV na área da intimidade	21	65,6	11	34,4

De acordo com os dados coletados, podemos observar que as idosas apresentaram um percentual elevado de má qualidade de vida no contexto geral e em todas as áreas das 6 facetas que foram consideradas pelo questionário utilizado.

Na tabela 3 até a tabela 9 encontram-se as associações referentes à qualidade de vida geral e de cada faceta analisada com as variáveis morfofuncionais (IMC, RCQ e aptidão aeróbia).

TABELA 3. Associações entre qualidade de vida referente às habilidades sensoriais com variáveis antropométricas e com a variável relacionada à aptidão aeróbia das mulheres idosas praticantes de caminhada da unidade de saúde da família, do conjunto Soledade I, Natal – RN, 2012.

		Habilidades Sensoriais					
		Má		Boa			
		qualidade		qualidade de			
		de vida		vida			
		n	%	n	%	<i>p</i>	[†] RP
IMC	Sobrepeso e/ou obesidade	12	60	8	40	1,000*	0,89
	Peso normal	8	66,7	4	33,3		
RCQ	Acima de 0,80	15	62,5	9	37,5	1,000*	1,00
	Abaixo de 0,80	5	62,5	3	37,5		
Aptidão aeróbia	Baixa aptidão	12	75,0	4	25,0	0,273**	1,51
	Elevada aptidão	8	50	8	50		

TABELA 4. Associações entre qualidade de vida referente à autonomia com variáveis antropométricas e com a variável relacionada à aptidão aeróbia das mulheres idosas praticantes de caminhada da unidade de saúde da família, do conjunto Soledade I, Natal – RN, 2012.

		Autonomia					
		Má qualidade de vida		Boa qualidade de vida			
		n	%	n	%	<i>p</i>	[†] RP
IMC	Sobrepeso e/ou obesidade	12	60	8	40	0,854**	1,2
	Peso normal	6	50	6	50		
RCQ	Acima de 0,80	14	58,3	10	41,7	0,703*	1,17
	Abaixo de 0,80	4	50	4	50		
Aptidão aeróbia	Baixa aptidão	6	37,5	10	62,5	0,075**	0,50
	Elevada aptidão	12	75,0	4	25		

*Significância encontrada através do teste estatístico Exato de Fisher.

** Significância encontrada através do teste estatístico Qui – quadrado.

[†]Razão de prevalência.

TABELA 5. Associações entre qualidade de vida referente às atividades passadas, presentes e futuras com variáveis antropométricas e com a variável relacionada à aptidão aeróbia das mulheres idosas praticantes de caminhada da unidade de saúde da família, do conjunto Soledade I, Natal – RN, 2012.

		Atividades passadas, presentes e futuras					
		Má qualidade de vida		Boa qualidade de vida			
		n	%	n	%	<i>p</i>	[†] RP
IMC	Sobrepeso e/ou obesidade	12	60	8	40	1,000*	1,03
	Peso normal	7	58,3	5	41,7		
RCQ	Acima de 0,80	14	58,3	10	41,7	1,000*	0,93
	Abaixo de 0,80	5	62,5	3	37,5		
Aptidão aeróbia	Baixa aptidão	11	68,8	5	31,3	0,472**	1,38
	Elevada aptidão	8	50	8	50		

* Significância encontrada através do teste estatístico Exato de Fisher.

** Significância encontrada através do teste estatístico Qui – quadrado.

[†]Razão de prevalência.

TABELA 6. Associações entre qualidade de vida referente à participação social com variáveis antropométricas e com a variável relacionada à aptidão aeróbia das mulheres idosas praticantes de caminhada da unidade de saúde da família, do conjunto Soledade I, Natal – RN, 2012.

		Participação Social				p	†RP
		Má qualidade de vida		Boa qualidade de vida			
		n	%	n	%		
IMC	Sobrepeso e/ou obesidade	12	60	8	40	1,000*	1,03
	Peso normal	7	58,3	5	41,7		
RCQ	Acima de 0,80	13	54,2	11	45,8	0,420*	1,38
	Abaixo de 0,80	6	75	2	25		
Aptidão aeróbia	Baixa aptidão	7	43,8	9	56,3	0,150**	0,58
	Elevada aptidão	12	75	4	25		

* Significância encontrada através do teste estatístico Exato de Fisher.

** Significância encontrada através do teste estatístico Qui – quadrado.

† Razão de prevalência.

TABELA 7. Associações entre qualidade de vida referente à área de morte e morrer com variáveis antropométricas e com a variável relacionada à aptidão aeróbia das mulheres idosas praticantes de caminhada da unidade de saúde da família, do conjunto Soledade I, Natal – RN, 2012.

		Morte e morrer					
		Má qualidade de vida		Boa qualidade de vida		<i>p</i>	[†] RP
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
IMC	Sobrepeso e/ou obesidade	15	75	5	25	1,000*	1,00
	Peso normal	9	75	3	25		
RCQ	Acima de 0,80	18	75	6	25	1,000*	1,00
	Abaixo de 0,80	6	75	2	25		
Aptidão aeróbia	Baixa aptidão	14	87,5	2	12,5	0,220**	1,40
	Elevada aptidão	10	62,5	6	37,5		

* Significância encontrada através do teste estatístico Exato de Fisher.

** Significância encontrada através do teste estatístico Qui – quadrado.

[†]Razão de prevalência.

TABELA 8. Associações entre qualidade de vida referente à intimidade com variáveis antropométricas e com a variável relacionada à aptidão aeróbia das mulheres idosas praticantes de caminhada da unidade de saúde da família, do conjunto Soledade I, Natal – RN, 2012.

		Intimidade				p	†RP
		Má		Boa			
		qualidade de vida		qualidade de vida			
		n	%	n	%		
IMC	Sobrepeso e/ou obesidade	14	70	6	30	0,703*	1,20
	Peso normal	7	58,3	5	41,7		
RCQ	Acima de 0,80	17	70,8	7	29,2	0,397*	1,42
	Abaixo de 0,80	4	50	4	50		
Aptidão aeróbia	Baixa aptidão	11	68,8	5	31,3	1,000**	1,10
	Elevada aptidão	10	62,5	6	37,5		

* Significância encontrada através do teste estatístico Exato de Fisher.

** Significância encontrada através do teste estatístico Qui – quadrado.

[†]Razão de prevalência.

TABELA 9. Associações entre qualidade de vida geral com variáveis antropométricas e com a variável relacionada à aptidão aeróbia das mulheres idosas praticantes de caminhada da unidade de saúde da família, do conjunto Soledade I, Natal – RN, 2012.

		Má qualidade de vida		Boa qualidade de vida		<i>p</i>	[†] RP
		n	%	n	%		
IMC	Sobrepeso e/ou obesidade	12	60	8	40	0,854**	1,20
	Peso normal	6	50	6	50		
RCQ	Acima de 0,80	14	58,3	10	41,7	0,703*	1,16
	Abaixo de 0,80	4	50	4	50		
Aptidão aeróbia	Baixa aptidão	8	50	8	50	0,722**	0,80
	Elevada aptidão	10	62,5	6	37,5		

* Significância encontrada através do teste estatístico Exato de Fisher.

** Significância encontrada através do teste estatístico Qui – quadrado.

[†]Razão de prevalência.

De acordo com os dados apresentados nas tabelas acima (tabela 3 até a tabela 9), não houve resultados significativos, apontando que os indicadores morfofuncionais avaliados não se associaram com a qualidade de vida das mulheres idosas do presente estudo.

4. Discussão

Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida das praticantes de caminhada da unidade de saúde da família, localizado no conjunto habitacional Soledade I, Natal/RN. Tomou-se como pressuposto o questionário WHOQOL – OLD que tem como objetivos desenvolver e testar a avaliação da qualidade de vida para pessoas mais idosas em 6 facetas, mas quanto ao questionário pode se levantar várias limitações, como o fato da maioria das avaliadas serem analfabetas e precisarem que uma pessoa lessem para elas, desta forma poderia *serfff* levar em consideração que a compreensão das mesma foi insuficiente para compreender o questionário e desta forma afetando de forma direta os seus resultados.

Neste estudo, foi observado que não houve nenhuma associação entra a qualidade de vida em mulheres idosas com as variáveis morfofuncionais utilizadas.

Dessa forma, este estudo não corroborou com o estudo de Aguiar (2009), o qual utilizou uma metodologia diferente para avaliar a aptidão aeróbia. É provável que as idosas avaliadas no presente estudo não tenham se esforçado da maneira devida, durante a aplicação do teste de caminhada de 6 minutos, o que pode ter interferido no resultado relacionada a boa e má aptidão aeróbia.

Faz-se importante considerar que neste estudo não foi utilizado a avaliação da força das mulheres idosas. Sabe-se que essa qualidade física é importante na qualidade de vida do idoso, pois a força muscular influencia diretamente na autonomia para realização das atividades diárias. Provavelmente, a inclusão desta variável possibilitaria encontrar uma associação significativa com alguma das áreas avaliadas pelo questionário WHOQOL – OLD.

Por exemplo, Aguiar (2009) mostrou que a qualidade de vida relacionada ao domínio físico nas idosas praticantes de hidroginástica por no mínimo seis meses é

significativamente melhor que nas mulheres sedentárias. Pode-se concluir que um programa de hidroginástica bem elaborado, regular e orientado pode trazer inúmeros benefícios para a saúde física do idoso, melhorando, todos ou pelo menos em parte, os aspectos acima mencionados. Segundo Raso, Andrade, Matsudo e Matsudo (1997), mesmo com o envelhecimento as valências físicas podem ser preservadas através da prática de atividades físicas regulares e bem orientadas, o que aumenta a autonomia do idoso e conseqüentemente a sua qualidade de vida.

5. Conclusão

Apesar de outras literaturas, tais como: Thomas,2000; Kalache e Kickbusch,1997; Simão, 2007 entre outros, apresentarem um efeito positivo na prática regular da atividade física para terceira idade, como reduzir o risco de doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral, câncer de cólon e mama e a diabetes tipo II, além de poder contribuir na prevenção ou redução da hipertensão arterial, prevenir o ganho de peso, auxiliar na prevenção ou redução da osteoporose, promover bem-estar, reduzir o estresse, a ansiedade e a depressão e melhorar a qualidade de vida, o presente estudo não apresentou associação entre a qualidade de vida e o índice de massa corporal, relação cintura quadril e aptidão aeróbia com seis áreas referentes à qualidade de vida (funcionamento do sensório; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte / morrer e intimidade) nas avaliadas.

Foram encontrados nas avaliadas do presente estudo sobrepeso e alto risco para desenvolvimento de doenças cardíacas, sendo necessário, dessa forma, rever o programa de exercício realizado por elas, assim como, mudanças no padrão alimentar. É sugerido que mais estudos sejam realizados, avaliando outros parâmetros morfofuncionais, tais como, percentual de gordura e força muscular, para que sejam encontradas variáveis que possam ser levantadas como fatores influenciadores na qualidade de vida das mulheres idosas.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Jaina Bezerra de and Gurgel, Luilma. *Rev. bras. Educ. Fís. Esp.*, Dez 2009, vol.23, no.4, p.335-344. ISSN 1807-5509

American College of Sports Medicine. Guideline for exercise testing and prescription. 6th ed. Williams and Wilkins: Lippincott, Baltimore, 2000.

BARRETO, S. M. et al. **Hypertension and clustering of cardiovascular risk factors in a community in Southeast Brazil** – The Bambuí Health and Ageing Study. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia* 2001;77(6):576-81.

BARROS Neto TL. **Exercício, saúde e desempenho físico**. São Paulo: Atheneu, 1997.

FAGARD, R. H.; CORNELISSEN, V. A. **Effect of exercise on blood pressure control in hypertensive patients** *Eur J Cardiovasc Prev Rehab*, 2007 – vol. 14, n.1, pp 12-17.

FILHO, JF. **Prática da avaliação Física**. Rio de Janeiro: Shape, 2003.

FERRIGOLLO AP. **Em busca da qualidade de vida na terceira idade: Perspectivas a partir da atividade física**. In: 58^a Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência. SBPC C&T Semeando Interdisciplinaridade; 06 de jul 2001; Florianópolis; Brasil.

FUCHS, F. D. **Hipertensão arterial sistêmica**. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências*. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.641-56.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística–IBGE. **Projeção da população do Brasil**, 2008. [on-line] [citado 2010 março 23].

LEITE PF. Exercício, **envelhecimento e promoção de saúde**. Belo Horizonte: Health; 1996.

MENDES MRSSB, Gusmão JL, Faro ACM, Leite RCBO. **A situação social do idoso no Brasil**: uma breve consideração. Acta Paul Enferm. 2005;18(4):422-26

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do idoso**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

NAHAS MV. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 4ª ed. Londrina: Mimiograf; 2006.

KALACHE, A. e KICKBUSCH, I. (1997) “**A global strategy for healthy ageing**”. **World Health**. (4) Julho-Agosto, 4-5.

SILVA MP, Filho JAAS, Gobbi S. **Aptidão funcional de mulheres idosas mediante programa supervisionado de atividades físicas generalizadas ou caminhadas regulares sem supervisão**. Rev Bras Ativ Fis Saude. 2006;11(2):3-12.

SIMÃO R. **Fisiologia e prescrição de exercícios para grupos especiais**. 3ª ed. São Paulo: Phorte; 2007.

THOMAS, S.G. **Programas de Exercícios e Atividades**. In: PICKLES B. et al. Fisiologia na 3ª Idade. 2.ed. São Paulo: Santos, p.158-167, 2000.

VALE RGS, PERNAMBUCO CS, NOVAES JS, DANTAS EHM. **Teste de autonomia funcional: vestir e tirar uma camiseta (VTC)**. R bras Ci e Mov, 2006;14(3):71-78.

ANEXOS



Confraternização do final de ano, Grupo de caminhada da USF, soledade I.



Confraternização do final de ano, Grupo de caminhada da USF, soledade I.



Confraternização do final de ano, Grupo de caminhada da USF, soledade I.



Aniversário de Iramar.

