



UNIVERSIDADE DE COIMBRA – FCDEF

ANDRÉA MARINHO BECKER

**EXERCÍCIO FÍSICO, QUALIDADE DE VIDA e AUTOESTIMA GLOBAL EM
IDOSOS PORTUGUESES: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO DO INSTRUMENTO
WHOQOL-OLD**

COIMBRA

2013

ANDRÉA MARINHO BECKER

**EXERCÍCIO FÍSICO, QUALIDADE DE VIDA e AUTOESTIMA GLOBAL EM
IDOSOS PORTUGUESES: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO DO INSTRUMENTO
WHOQOL-OLD**

**Dissertação de mestrado apresentada à
Faculdade de Ciências do Desporto e Educação
Física da Universidade de Coimbra com vista à
obtenção do grau de mestre em Exercício e Saúde
em Populações Especiais.**

***Orientador:* Dr. José Pedro Leitão Ferreira**

COIMBRA

2013

Referência bibliográfica do documento:

Becker, A.M.(2013). Exercício físico, qualidade de vida e autoestima global em idosos portugueses: um estudo exploratório do instrumento WHOQOL-Old. Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Aos meus pais,
Alberto Becker e Mirian Marinho Becker
pelo apoio incondicional,
por serem meu porto seguro.

AGRADECIMENTOS

Gostaria primeiramente de registrar meu eterno agradecimento aos meus pais, Alberto Becker e Mirian Marinho Becker, que tanto lutaram para me dar tudo do bom e do melhor, me ensinando a valorizar cada momento que a vida me oferece e por estarem do meu lado quando parecia que tudo estava perdido. À minha irmã, Aline Marinho Becker, pelo seu apoio constante e sua ternura. Nenhuma frase ou texto conseguirão expressar as dimensões da minha admiração, gratidão, amor e respeito que sinto por vocês três.

À Karina Patrício do Nascimento, irmã que escolhi no percurso da vida. Sem ela provavelmente todo meu caminho teria sido diferente, e não foi diferente dessa vez.

À Universidade de Coimbra, em especial a Faculdade de Desporto, por permitir a realização deste trabalho.

Ao Dr. José Pedro Leitão Ferreira a atenção prestada durante o processo de construção do atual trabalho.

À Dr^a Manuela Vilar pelos esclarecimentos e reflexões a respeito dos resultados encontrados, sendo de grande valia, e a toda a disposição demonstrada.

À Universidade Presbiteria Mackenzie pela bolsa de estudos oferecida durante todo o curso da graduação, pois sem este incentivo provavelmente não estaria na posição que me encontro.

À Dr^a Rita de Cássia Garcia Verenguer, que sempre será um modelo de profissional a seguir. Suas aulas e reflexões ainda pairam sobre o prisma do meu olhar profissional.

À Ms. Denise Elena Grilo por ser mais que uma professora. Sempre companheira e disposta a ajudar qualquer aluno. Dedicada a 200% ao que faz. Sem saber, me deu a energia necessária no final deste percurso, fazendo que eu voltasse a sonhar.

À Dr^a Graciele Massoli Rodrigues, professora responsável por aguçar meu interesse pela educação física e desporto adaptado. Sem paixão e envolvimento os passos se tornar mais pesados e o caminho mais árduo.

A Evandro Peixoto, pelas indicações e aportações feitas sobre a análise fatorial, e pelo incentivo e motivação para seguir adiante.

Aos amigos Amanda Cavalcanti, Eudisley Gomes dos Anjos e Paulo Geovane e Silva, por me receberem em vossa casa, a cada retorno a Coimbra, com todo o carinho que uma família pode dar.

Nessas jornadas de viajante, agradeço, com carinho especial, ao meu eterno amigo Ivano Irrera, que nesses anos de convivência e acolhidas me ensinou muito sobre amizade e as peculiaridades de cada pessoa. Por isso somos especiais!

A Regiane Trevisan por todo o incentivo e conselhos nos momentos difíceis não me deixando desistir e seguir em frente.

A Olga Dalila Tavares, Renata Domingues, Dr^a Maria Helena Carvalho e Dona “Rosinha” que ajudaram, como podiam, sem pedirem nada em troca, facilitando meu acesso ao maior número de pessoas e em especial ao Dr. João Mendes, aluno e amigo, pela disponibilidade e ajuda oferecida em todos os momentos da coleta de dados.

A todas as instituições participantes. Em particular, aos idosos e idosas que participaram voluntariamente do presente trabalho, porque sem eles a realização deste trabalho não seria possível.

Um agradecimento especial a Francisco Molinet Dronda, pelo carinho, amor, dedicação e compreensão dados sem espera de recompensas. Pela tolerância, paciência, companheirismo, dedicação, “jotas”, “bichinhos” e anos ao teu lado. Me fez crescer, não apenas no relacionamento entre pares, mas também como pessoa.

Por último, a Coimbra por fornecer um espaço tão rico culturalmente, onde conheci e aprendi com as mais diversas pessoas o inesperado, o inusitado e o profundo.

*“A cada dia que vivo, mais me convenço de que o desperdício da vida está no amor que não damos,
nas forças que não usamos, na prudência egoísta que nada arrisca, e que,
esquivando-se do sofrimento, perdemos também a felicidade.*

A dor é inevitável. O sofrimento é opcional.”

Carlos Drummond de Andrade

*“ Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito.
Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”*

Marthin Luther King

RESUMO

Introdução: Com as mudanças que ocorrem durante o processo de envelhecimento humano, a qualidade de vida é dos fatores importantes para o bem-estar do idoso. Pode ser influenciada de forma positiva, esta sendo um constructo multifacetado, também mediante um estilo de vida ativo, fomentado através de programas de exercício físico, desde que planejados e supervisionados por profissionais capacitados. **Objetivos:** 1) Realizar a análise exploratória dos instrumentos WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old na população idosa portuguesa; 2) Comparar os níveis de qualidade de vida e autoestima dos idosos, em função do género, patologias, idade, prática regular de exercício físico, tempo de prática (meses) e tipo de exercício físico praticado. **Amostra:** Para o efeito, a amostra final foi composta por 141 idosos, 56,7% homens e 43,3% mulheres, com idades entre 60 e 87 anos, residentes no Distrito de Coimbra. **Instrumentos:** Os instrumentos utilizados para a recolha de dados foram a versão adaptada à população portuguesa da “Escala de Autoestima de Rosemberg” por Ferreira (2001) e a adaptação, realizada pelos autores do presente estudo, para português de Portugal do WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old. **Método:** Para a análise dos dados realizamos Análise dos Componentes Principais (ACP), testes paramétricos e não-paramétricos. Os resultados foram considerados estatisticamente significativos com valores de $p \leq 0,05$. **Resultados:** Relativo aos instrumentos WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old, verificamos que ambos mostraram ter bons resultados psicométricos para avaliar a qualidade de vida de idosos portugueses. Acerca das variáveis independentes, observamos que a maior diferença estatisticamente significativa entre grupos ocorreu entre os idosos fisicamente ativos e sedentários, na qual os idosos que praticavam exercício físico regular tiveram os melhores níveis de qualidade de vida e autoestima global.

Palavras-chave: Idosos. Exercício Físico. Qualidade de vida. WHOQOL-Bref. WHOQOL-Old.

ABSTRACT

Introduction: Along with the changes occurring during the human aging, quality of life is an important factor for an elderly. As a multifaceted construct, this is positively influenced by an active lifestyle promoted by physical exercises programs, provided that these are planned and managed by skilled specialists. **Objectives:** 1) To carry out an exploratory analysis of the WHOQOL-Bref and WHOQOL-Old instruments on the elder Portuguese population; 2) To compare the levels of quality of life and self-esteem of aged people, depending on gender, pathology, age, regular practice of physical exercise, practice time (in months), and type of physical exercise performed. **Sample:** The final sample for such analysis is made by 141 elders, 56,7% men and 43,3% women, between 60 and 87 years old, living in the district of Coimbra, Portugal. **Instruments:** The instruments used for the data gathering were a version of the “Rosemberg’s Self-esteem Scale” adapted to the Portuguese population by Ferreira (2001), and an adaptation of the WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old in European Portuguese, realized by the authors of the actual study. **Method:** The data analysis was performed using Principal Component Analysis (PCA), parametrical and non-parametrical tests. The results were found statistically significant with p-values $\leq 0,05$. **Results:** WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old instruments both show good psychometric results when evaluating quality of life of older Portuguese population. About independent variables, the biggest statistically significant difference between groups is present in physically active and sedentary elders. Aged people regularly practicing physical exercise hit the best levels of quality of life and self-esteem.

Keywords: Elderly people. Physical Exercise. Quality of life. WHOQOL-Bref. WHOQOL-Old.

RESUMEN

Introducción: Con los cambios que ocurren durante el proceso de envejecimiento del ser humano, la calidad de vida es uno de los factores más importantes para el bienestar del anciano. Esta calidad de vida comprende múltiples facetas (biológica, psicológica, sociológica), que pueden ser influenciadas de forma positiva mediante un estilo de vida activo, fomentado a través de programas de ejercicio físico diseñados y supervisados por profesionales capacitados. **Objetivos:** 1) Realizar un análisis exploratorio de los resultados de los instrumentos WHOQOL-Bref y WHOQOL-Old en la población portuguesa; 2) Comparar los niveles de calidad de vida y autoestima de los ancianos en función del género, patologías, edad, práctica del ejercicio físico, tiempo de práctica del ejercicio físico (meses) y tipo de ejercicio físico practicado. **Muestra:** Para el efecto, la muestra final fue de 141 ancianos, 56,7% hombres y 43,3% mujeres, con edades entre 60 y 87 años, residentes en el distrito de Coimbra. **Instrumentos:** Los instrumentos utilizados para la coleta de los datos fueron la versión adaptada para la población portuguesa de “Escala de Autoestima de Rosemberg” por Ferreira (2001) y la adaptación, hecha por los investigadores del presente trabajo, para el portugués de Portugal del WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old. **Método:** Para realizar el análisis de los datos utilizamos el método de Análisis de Componentes Principales (ACP), con tests paramétricos y no paramétricos. Consideramos los resultados estadísticamente significativos con $p \leq 0,05$. **Resultados:** Sobre los instrumentos WHOQOL-Bref y WHOQOL-Old, verificamos que los resultados psicométricos son buenos para evaluar la calidad de vida de los ancianos portugueses. Respecto a las variables independientes, la mayor diferencia estadísticamente significativa ocurrió entre los ancianos físicamente activos y ancianos sedentarios, donde el primer grupo obtuvo el mejor índice de nivel de calidad de vida y autoestima.

Palabras clave: Ancianos. Ejercicio Físico. Calidad de Vida. WHOQOL-Bref. WHOQOL-Old.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Fatores teóricos e respectivos itens do WHOQOL-Bref.	64
Tabela 2: Fatores teóricos e respectivos itens do WHOQOL-Old.	65
Tabela 3: Valores de média e desvio padrão da idade da amostra em função do género.	67
Tabela 4: Valores de frequência do género em função do estado civil.	68
Tabela 5: Valores de frequência da variável exercício físico regular em função do género.	68
Tabela 6: Valores de frequência da idade em função do número de patologias.	69
Tabela 7: Valores de frequência do género em função do tempo de prática de exercício físico.....	71
Tabela 8: Número de pessoas ativas que compõe os subgrupos do tipo de exercício físico praticado.	71
Tabela 9: Número de pessoas ativas que compõe os subgrupos do número de exercício físico praticado por semana em função do tempo de prática.....	72
Tabela 10: Coeficiente de correlação item-total e alfa de Cronbach (α) se o item for excluído da escala Whoqol-Bref (n=26).	74
Tabela 11: Cargas fatoriais da Escala de WHOQOL-Bref extraídas pelo critério de raiz latente (autovalor >1) rotacionadas pelo método de Promax com normalização de Kaiser.	76
Tabela 12: Coeficiente de alfa de Cronbach (α) dos fatores extraídos pelo critério de raiz latente (autovalores >1) da escala WHOQOL-Bref.....	77
Tabela 13: Cargas fatoriais da Escala de WHOQOL-Bref rotacionadas pelo método de Promax (solução forçada a quatro fatores) com normalização de Kaiser.	78
Tabela 14: Coeficiente de alfa de Cronbach (α) dos quatro fatores extraídos da escala WHOQOL-Bref.....	80
Tabela 15: Fatores com os respectivos itens na escala original e na escala do presente estudo referentes ao questionário WHOQOL-Bref.	81

Tabela 16: Coeficiente de correlação item-total e alfa de Cronbach (α) se o item for excluído da escala WHOQOL-Old (n=24).	83
Tabela 17: Cargas fatoriais da Escala de WHOQOL-Old extraídas pelo critério de raiz latente (autovalor >1) rotacionadas pelo método de Promax com normalização de Kaiser.	84
Tabela 18: Coeficiente de alfa de Cronbach (α) dos fatores extraídos pelo critério de raiz latente (autovalores >1) da escala WHOQOL-Old.....	85
Tabela 19: Cargas fatoriais da Escala de WHOQOL-Old rotacionadas pelo método de Promax (solução forçada a seis fatores) com normalização de Kaiser.	86
Tabela 20: Coeficiente de alfa de Cronbach (α) dos seis fatores extraídos da escala WHOQOL-Old	88
Tabela 21: Fatores com os respectivos itens na escala original e na escala do presente estudo referentes ao questionário WHOQOL-Old.	89
Tabela 22: Itens que constituem os fatores do WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old no presente estudo.....	90
Tabela 22: Valores descritivos da média e desvio padrão do total e dos domínios da qualidade de vida analisados pelo instrumento WHOQOL-Bref da amostra.	91
Tabela 23: Valores descritivos da média e desvio padrão do total e das facetas da qualidade de vida avaliadas pelo instrumento WHOQOL-Old no presente estudo. ..	92
Tabela 24: Valores descritivos da média e desvio padrão da autoestima global da amostra.	93
Tabela 25: Valores do coeficiente de correlação de Pearson entre domínios e facetas do WHOQOL-Bref, WHOQOL-Old e Autoestima global da amostra.....	94
Tabela 26: Valores de média, desvio padrão e significância para autoestima global e qualidade de vida para a variável género - Teste <i>t</i> de Student.	97
Tabela 27: Valores de média, desvio padrão e significância para autoestima global e qualidade de vida para a variável idade- ANOVA.	98
Tabela 28: Valores de média, desvio padrão e significância para autoestima global e qualidade de vida para a variável estado civil – Teste Kruskal-Wallis.....	99

Tabela 29: Valores de média, desvio padrão e significância para autoestima global e qualidade de vida para a variável número de patologias relatadas – ANOVA.	100
Tabela 30: Valores de média, desvio padrão e significância para autoestima global e qualidade de vida para a variável exercício físico - Teste <i>t</i> de Student.....	101
Tabela 31: Valores de média, desvio padrão e significância do número de patologias em função do exercício físico regular – Teste <i>t</i> de Student.....	102
Tabela 32: Valores de média, desvio padrão e significância para autoestima global e qualidade de vida para a variável tempo de prática – Teste Kruskal-Wallis.....	103
Tabela 33: Valores de média, desvio padrão e significância para autoestima global e qualidade de vida para a variável exercício de força, aulas de grupo e piscina, praticados pelo grupo ativo – Teste <i>t</i> de Student.	106
Tabela 34: Valores de média, desvio padrão e significância para autoestima global e qualidade de vida para a variável exercício aeróbico e desporto, praticados pelo grupo ativo - U de Mann- Whitney.....	107
Tabela 35: Valores de média, desvio padrão e significância para autoestima global e qualidade de vida para a variável variedade de exercício praticado pelo o grupo ativo –ANOVA.....	108

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estimativa da percentagem da população com mais de 55 anos em diferentes países (Shephard, 1997).	29
Figura 2: Estimativa e projecções da população residente em Portugal de 2005-2050 por faixa etária (INE, 2008).	29
Figura 3: Pirâmide etária de Portugal: estimativa e projecções por género (INE, 2008).	30
Figura 4: Esquema representativo do circulo vicioso estabelecido no idoso (Nobrega et al., 1999).	41
Figura 5: Estrutura do autoconceito (Shavelson, Hubner & Stanton, 1976).	44
Figura 6: Fatores que afetam a qualidade de vida (Spirduso, 2005).	54
Figura 7: Domínios e facetas do WHOQOL-Bref (Fleck, et al., 2000).	60
Figura 8: Facetas e itens da versão final do WHOQOL-Old (Fleck et al., 2006).	62
Gráfico 1: Incidência em percentual de patologias no grupo ativo.	70
Gráfico 2: Incidência em percentual de patologias no grupo sedentário.	70

ABREVIATURAS E SIGLAS

AC - Autoconceito

ACP- Análise dos Componentes Principais

AEG - Autoestima Global

AF - Atividade Física

EF - Exercício Físico

EV- Esperança de Vida

IE – Índice de Envelhecimento

INE – Instituto Nacional de Estatística

MSA - Measure Sampling Adequacy

OMS – Organização Mundial da Saúde

QV – Qualidade de Vida

WHOQOL- World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	V
RESUMO.....	VIII
ABSTRACT	IX
RESUMEN	X
LISTA DE TABELAS	XI
LISTA DE FIGURAS	XIV
ABREVIATURAS E SIGLAS	XV
1. INTRODUÇÃO	19
1.1 Contextualização.....	19
1.2 Identificação do problema de estudo.....	21
1.3 Enquadramento do problema.....	22
1.3.1 Pertinência do Estudo.....	22
1.3.2 Formulação do problema.....	23
1.4 Objetivos fundamentais do estudo	23
1.4.1 Hipóteses de pesquisa	23
1.5 Estrutura do trabalho.....	25
2. QUEM É O IDOSO?.....	25
2.1 Estudos Epidemiológicos sobre o envelhecimento a nível mundial e em Portugal.	28
2.1.1 Características da estrutura etária do conselho de Coimbra.	31
2.2 Teorias do Envelhecimento.....	31
2.3 Processo de envelhecimento	33
2.3.1 Psicológico	35
2.3.2 Social.....	36
2.3.3 Físico.....	36

2.4	Exercício Físico e o Idoso.....	40
3.	AUTOESTIMA GLOBAL.....	43
3.1	Definição Conceptual.....	43
3.2	Exercício Físico e Autoestima global do Idoso.....	46
4.	QUALIDADE DE VIDA.....	47
4.1	Definição Conceptual.....	48
4.2	Qualidade de vida do idoso.....	51
4.3	Exercício Físico e Qualidade de Vida no Idoso.....	56
4.4	Mensuração da Qualidade de Vida.....	57
4.4.1	WHOQOL-Bref.....	59
4.4.2	WHOOL-Old.....	61
5.	METODOLOGIA.....	62
5.1	Caracterização do estudo.....	62
5.2	Caracterização da amostra.....	63
5.3	Descrição dos instrumentos de medidas.....	63
5.4	Local de coleta dos dados.....	65
5.5	Procedimentos de coleta e análise.....	65
6.	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	67
6.1	Resultados descritivos da amostra.....	67
6.2	Análise Psicométrica dos instrumentos WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old....	72
6.2.1	Escala Whoqol-bref – Análise dos componentes principais.....	72
6.2.2	Escala WHOQOL-Old – Análise dos componentes principais.....	82
6.3	Resultados dos instrumentos psicológicos: WHOQOL-Bref, WHOQOL-Old e Autoestima.....	89
6.4	Resultados das comparações entre as variáveis de estudo.....	96
7.	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	109

7.1	Discussão sobre os dados psicométricos dos instrumentos de qualidade de vida.....	109
7.1.1	Itens que avaliaram traços latentes diferentes do instrumento original WHOQOL-Bref.....	109
7.1.2	Análise e discussão dos dados psicométricos do WHOQOL-Bref.....	116
7.1.3	Itens que avaliaram traços latentes diferentes do instrumento original WHOQOL-Old.....	117
7.1.4	Análise e discussão dos dados psicométricos do WHOQOL-Old.....	120
7.2	Discussão dos resultados da associação entre as variáveis independentes e as variáveis de natureza psicológica	122
8.	CONCLUSÕES	129
9.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	130
9.1	Limitações do presente estudo	130
9.2	Recomendações para posteriores estudos	130
	Referência Bibliográfica	132
	Anexos	142

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

O envelhecimento pode possuir, dependendo da área de estudo, diversas abordagens, entretanto numa visão geral e mais simplista, ele nada mais é que um processo progressivo e natural que ocorre em seres vivos de qualquer espécie. Em particular no ser humano, caracteriza-se por acontecer em todas as dimensões (física, social e psíquica) e não necessariamente decorre de maneira simultânea entre elas, porém uma dimensão pode interferir, acelerando ou retardando, o processo da outra.

Referente ao envelhecimento da população mundial há muito tempo se fala sobre o constante crescimento das taxas de expectativa de vida e diminuição das taxas de natalidade, tendo como consequência o aumento do número relativo e absoluto da população idosa na sociedade. Segundo Arslantas et al. (2009) e Beydoun e Popkin (2005), a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que os idosos representem entre 2025 e 2050, entorno de 30 a 40% da população mundial.

Em Portugal o Índice de Envelhecimento (IE), considerado pelo Instituto Nacional de Estatística Português (INE) a relação entre população jovem e idosa, em 1990 era de 68 idosos para cada 100 jovens, em 2006 esta relação mudou para 112/100 e a projeção para 2060 é de 271/100 (INE, 2009).

Sobre a expectativa de vida (EV), fontes da OMS (WHO, 2011) verificaram que em 2009 a população mundial possuía a faixa etária média de 68 anos, variando entre os 57 anos, em países de baixa renda, e os 80 anos, em países de renda mais elevada. Em Portugal foi observado que de 1990 a 2009 a EV subiu de 74 anos para 79 anos, dentre os resultados as mulheres apresentam maiores valores.

Essa nova realidade mundial criou novas perspectivas, conflitos, necessidades e reflexões em todas vertentes da sociedade atual. Devido essa “mutação” social, atualmente a população no geral passou a ter novas preocupações perante os fatores que possam influenciar, de maneira positiva ou negativa, esta nova etapa da vida.

Dentre elas, observamos que cada vez mais se investiga e divulga-se sobre estilos de vida saudáveis e possíveis influências no processo de envelhecimento,

como também a relação, em muitos casos inversamente proporcionais, entre a prevenção e o tratamento de algumas doenças crônicas, onde estilo de vida poderá inibir ou estimular o aparecimento de determinadas patologias.

Entretanto, mesmo com algumas mudanças dos paradigmas sociais, ainda verificamos que alguns hábitos considerados saudáveis não estão totalmente inculcados na rotina individual das pessoas na sociedade moderna.

Além desta preocupação qualitativa do bem-estar geral da sociedade, existe o olhar atento do setor público para questão quantitativa, onde a proporção direta entre patologias versus gastos é constatada através de estudos epidemiológicos, que concluem que as doenças crônicas, que foram adquiridas ao longo da vida, geram um enorme déficit para os cofres públicos e para a saúde global do indivíduo.

Sabendo-se que a prevenção é a chave crucial para diminuição dos gastos públicos na área da saúde, torna-se necessário então utilizar algumas ferramentas de intervenção. Entre elas, já se sabe que o exercício físico é um excelente aliado para uma boa saúde física e mental, e por muitas vezes também social.

O que se menciona à respeito do envelhecimento e bem-estar psicológico é que há uma degradação também desta variável na dimensão psíquica, entretanto alguns estudos referem que ela é potencializada pelas mudanças na situação laboral típica nas idades mais avançadas: a reforma.

Contudo, devemos observar o envelhecimento na fase da vida mais avançada, na terceira idade, como um fenômeno que combina diversas características pessoais e do entorno que podem resultar tanto de maneira positiva como negativa.

Para verificar o impacto dessas interações, nos atentamos a uma variável qualitativa chamada qualidade de vida. Essa é considerada um importante constructo em qualquer fase do desenvolvimento humano. Nos idosos ela possui algumas características diferentes, podendo influenciar ou ser influenciada por aspectos específicos encontrados nesta fase da vida.

A qualidade de vida geral foi utilizada nos discursos da OMS com o foco de mudar a visão da saúde para um olhar mais amplo e holístico. Pensando que a saúde plena envolve diversas dimensões que gravitam sobre o ser humano, essa entidade em 1998 criou um projeto de nível mundial para desenvolverem um instrumento (WHOQOL-Bref) que contemplasse as diversas dimensões da qualidade

de vida e que pudesse ser utilizada em todo o mundo. Posteriormente, sabendo-se das características e necessidades da população idosa, e atentos aos índices de progressão da incidência dos idosos na sociedade e da importância dessa variável nessa fase da vida, foi criado também o WHOQOL-Old, instrumento específico para pessoas com idade igual ou superior os 60 anos. Para Crooks (1999) o deterioramento da qualidade de vida, segundo os gerontólogos, é o problema fundamental do envelhecimento.

Dessa maneira, o que o presente trabalho tenta trazer à tona é como o exercício pode interagir com os aspectos psicossociais, a qualidade de vida geral e autoestima global, verificando o impacto dessas três variáveis sobre o ser idoso.

Para isso, temos como propósitos, validar de maneira exploratória o questionário de qualidade de vida para idosos da Organização Mundial da Saúde em idosos portugueses, como também avaliá-la conjuntamente com a autoestima global comparando possíveis diferenças entre idosos ativos e sedentários.

1.2 Identificação do problema de estudo

Sabendo que o envelhecimento traz consigo alterações em diversas dimensões, somado ao conhecimento que o humano é um ser integrado por fatores físicos, sociais e psicológicos, verificamos que a variável que tenta integrar todas estas dimensões é a qualidade de vida.

Entre os instrumentos que se propõem avaliá-la, nos deparamos que a maioria contempla os fatores físicos e em alguns casos algumas facetas de outros domínios, mas não fazem um balanço equitativo sobre a importância deles para os resultados finais observados.

Assim, encontramos o questionário do grupo WHOQOL que contém características distintas, descrevendo nos seus objetivos a preocupação de considerar que a avaliação da qualidade de vida deve contemplar todos os aspectos que gravitam sobre ela. Entretanto, o WHOQOL-Old ainda não foi validado na população idosa portuguesa, fazendo-se necessário realizá-la.

1.3 Enquadramento do problema

1.3.1 Pertinência do Estudo

Tentamos no presente estudo trazer à tona reflexões sobre a importância do exercício físico durante o envelhecimento, tendo uma associação benéfica durante este processo, tanto na perspectiva biológica (argumenta sobre os fatores que podem aumentar expectativa de vida em anos) como também na visão “humanista”, muitas vezes chamada de visão biopsicossocial (foca os fatores que aumentam a qualidade e não somente a quantidade, dos anos vividos).

Com a população idosa se tornando cada vez mais representativa na sociedade atual, é de extrema importância que haja pesquisas de cunho especializado, porém essas devem entender e considerar o fenômeno do envelhecimento humano e social também numa perspectiva multidisciplinar.

Em relação à mensuração da qualidade de vida, a *World Health Organization* (WHO), desenvolveu um instrumento próprio chamado *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL), o qual além dos resultados serem referência na comunidade internacional, ele avalia uma grande parte das dimensões de domínios e facetas que constituem a qualidade de vida geral, o que em contrapartida outros instrumentos não fazem.

Este instrumento encontra-se atualmente traduzido em 40 línguas, entretanto a tradução e validação para português foi realizado no Brasil pelo Grupo de estudos em Qualidade de Vida do departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e foi verificado que até o presente momento (segundo semestre de 2010), através de busca nos bancos de dados como B-on, PubMed, ScienceDirect e Scielo, não foram feitos estudos utilizando o instrumento WHOQOL-OLD com a população idosa portuguesa. Como Vaz Serra et al (2006^a) afirmam, é necessário adaptar e validar o instrumento WHOQOL-OLD também para a população portuguesa, uma vez que existem diferenças linguísticas e culturais entre Brasil e Portugal.

1.3.2 Formulação do problema

Quais são os níveis de qualidade de vida geral e a autoestima global dos idosos do Distrito de Coimbra? É factível que os idosos ativos possuem melhores níveis de qualidade de vida geral e autoestima global?

1.4 Objetivos fundamentais do estudo

O objetivo principal deste estudo foi avaliar a qualidade de vida geral e a autoestima global dos idosos do Distrito de Coimbra.

Os objetivos específicos do presente estudo foram realizar a validação exploratória do questionário WHOQOL-Old na população idosa portuguesa e comparar a qualidade de vida e a autoestima global de idosos ativos e sedentários do Distrito de Coimbra.

1.4.1 Hipóteses de pesquisa

O presente estudo apresenta dez hipóteses alternativas:

1- H₀: O WHOQOL-Old não possui parâmetros psicométricos aceitáveis para ser utilizado na população idosa portuguesa.

H₁: O WHOQOL-Old possui parâmetros psicométricos aceitáveis para ser utilizado na população idosa portuguesa.

2- H₀: O WHOQOL-Bref não possui parâmetros psicométricos aceitáveis para ser utilizado na população idosa portuguesa.

H₁: O WHOQOL-Bref possui parâmetros psicométricos aceitáveis para ser utilizado na população idosa portuguesa.

3- H₀: Não existe correlação entre os valores da qualidade de vida geral, domínios da qualidade de vida e autoestima global.

H₁: Existe correlação entre os valores da qualidade de vida geral, domínios da qualidade de vida e autoestima global.

4- H₀: Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os valores da qualidade de vida e da autoestima global de idosos do género feminino e idosos do género masculino.

H₁: Existem diferenças estatisticamente significativas entre os valores da qualidade de vida e da autoestima global de idosos do género feminino e idosos do género masculino.

5- H₀: Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os valores da qualidade de vida e da autoestima global de idosos mais jovens e de idosos mais velhos.

H₁: Existem diferenças estatisticamente significativas entre os valores da qualidade de vida e da autoestima global de idosos mais jovens e de idosos mais velhos.

6- H₀: Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os valores da qualidade de vida e autoestima global em relação ao estado civil.

H₁: Existem diferenças estatisticamente significativas entre os valores da qualidade de vida e autoestima global em relação ao estado civil.

7- H₀: Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os valores da qualidade de vida e da autoestima global entre idosos com maior e menor número de patologias relatadas.

H₁: Existem diferenças estatisticamente significativas entre os valores da qualidade de vida e da autoestima global entre idosos com maior e menor número de patologias relatadas.

8- H₀: Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os valores da qualidade de vida e da autoestima global de idosos ativos e sedentários.

H₁: Existem diferenças estatisticamente significativas entre os valores da qualidade de vida e da autoestima global de idosos ativos e sedentários.

9- H₀: Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os valores da qualidade de vida e da autoestima global de idosos que praticam diferentes tipos de exercícios físicos.

H₁: Existem diferenças estatisticamente significativas entre os valores da qualidade de vida e da autoestima global de idosos que praticam diferentes tipos de exercícios físicos.

10- H₀: Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os valores da qualidade de vida e da autoestima global de idosos ativos com diferentes tempos (em meses) de prática regular de exercício físico.

H₁: Existem diferenças estatisticamente significativas entre os valores da qualidade de vida e da autoestima global de idosos ativos com diferentes tempos (em meses) de prática regular de exercício físico.

1.5 Estrutura do trabalho

O presente trabalho está estruturado através de 9 capítulos. O capítulo I é formado pela introdução da temática proposta, como também objetivos e pertinência do estudo. Nos capítulos II, III e IV apresentamos a fundamentação teórica sobre a população e principais variáveis do estudo. No capítulo V descrevemos a metodologia (material e método) utilizada para avaliarmos as variáveis, com o intuito de responder as hipóteses criadas para o presente estudo. Os resultados e discussões do mesmo estão apresentados no capítulo VI e VII. O capítulo VIII contém as conclusões do presente trabalho, e por último o capítulo IX as limitações e recomendações para posteriores estudos.

2. QUEM É O IDOSO?

A classificação pela OMS de pessoa idosa ocorre através da variável “anos”, sendo a barreira dos 60 anos para indivíduos que vivem em países em desenvolvimentos e 65 anos para indivíduos de países desenvolvidos. O American College of Sport Medicine considera indivíduos idosos com 65 anos ou mais, entretanto afirmam que muitas das diretrizes podem ser relevantes para indivíduos na faixa etária dos 50 aos 64 anos (ACSM, 2009).

Foi observado durante o processo de construção deste trabalho que em muitos estudos, dirigido a essa população classificada como idosos, incluíam sujeitos desde os 50 anos (Blane, Netuveli & Montgomery, 2008; Gómez-Olivé et al. (2010); Grrrenlees, Webb, Hall, & Manley, 2007; Nelson, Fiatarone, Morganti, Trice, Greenberg & Evans, 1994; Robertson, Warr, Butcher, Callinan & Bardzil, 2003).

Spirduso (2005) aponta justamente a categorização sendo uma das problemáticas na área dos estudos de gerontologia, pois apesar do modelo de “categorização/faixa etária” facilitar a descrição sobre o envelhecimento, o autor também verificou que várias pesquisas apontaram como idoso, os indivíduos entre 35 e 100 anos.

Essa divisão criada é feita partindo do pressuposto que todos estes indivíduos tenham características similares e peculiares da idade (em anos) que os tornam comuns em determinados aspectos.

Segundo Pereira e Souza (1993), a velhice é um período lato, dessa maneira, alguns estudiosos acabam por criar subcategorias, com objetivo de facilitar os estudos referentes à compreensão dos aspectos que mudam conforme o avanço da idade a partir dos 60 anos.

A respeito dos autores que a dividem cronologicamente em subcategorias temos Spirduso (2005), que nos apresenta uma tabela classificando os indivíduos como “Idosos jovens” de 65-74 anos, “Idosos” 75-84, “Idosos-idosos” de 85-99 e “Idosos muito idosos” com mais de 100 anos. Por outro lado, Arber e Ginn segundo Pereira e Souza (1993), nos traz uma divisão mais simples onde divide os sujeitos entre os “jovens idosos” (*young elderly*), até os 75 anos, e “velhos idosos” (*old elderly*), acima de 75 anos.

Nessa discussão, Neri (1995) destaca que a idade cronológica é *apenas* mais um indicador do processo de desenvolvimento dos seres vivos e não uma variável independente do mesmo. O que nos leva a questionar sobre quais fatores estão sendo utilizados e ressaltados para criar classificações, que por sua vez irão criar um impacto psicossocial.

Através dessa linha de reflexão, definir exatamente quem é o Idoso acaba por se tornar uma tarefa difícil, e isso ocorre porque se observarmos e compararmos dois indivíduos com a mesma idade cronológica que tiveram percursos e

oportunidades de vida distintos ou ainda que vivam em sociedades diferentes, esses dois sujeitos poderão ter percepções distintas em relação a velhice, devido a auto-avaliação da resultante entre a soma de seus valores e de os que o cercam, com a percepção da sua saúde física e/ou cognitiva, do seu status social e econômico, crenças etc.

Podemos verificar este ponto de vista através de Martins (2008), que afirma que a idade deve ser analisada com outras variáveis, como especificidades culturais, geográficas, físicas, entre tantas outras, que irão influenciar esta concepção do idoso, exemplificando que um idoso na Europa irá ter perspectivas físicas, psicológicas e sociológicas, diferentes de um idoso da Ásia ou África.

Sobre essa dificuldade Chodzko-Kajko (1998) concorda que muitas vezes o processo de envelhecimento acaba por ser definido através da variável cronológica, deixando uma lacuna para o entendimento da complexidade deste processo de vida.

O autor aponta diferentes aspectos que iram afetar o envelhecimento de cada indivíduo, onde a soma de todos nos levará a uma idade relativa, que nada mais é que a idade real do sujeito quando comparada com a idade numérica. Entre tais fatores, nos apresenta: a idade cronológica (soma de meses desde que nasceu até data atual); a idade biológica; a idade psicológica (referente ao número de capacidades da dimensão mental e função cognitiva, incluído a autoestima, auto-eficácia, memória e percepções); e a idade social (manutenção do processo de socialização que é também determinado por expectativas criadas pela sociedade sobre o que o indivíduo deve ou não fazer em cada idade).

A imagem criada a cerca dos indivíduos idosos tem relação com o próprio significado da palavra envelhecimento, que é comum a todos os seres vivos. Segundo PRIBERAN (2009) o ato de envelhecer é tornar-se desusado e velho, onde velho é obsoleto e adjetivo usado referente ao avanço da idade.

Partindo deste ponto surge diversas discussões no meio científico sobre as nomenclaturas e significados agregados a esta faixa etária, onde podemos encontrar palavras relacionadas como “o velho”, “velhote”, “o idoso”, “a melhor idade”, “terceira idade”, em que podem estar incutidos de preconceitos ou necessidade de aceitação criados por essa definição de um modelo não linear.

No presente estudo, estando ciente de tal problema acerca da definição do sujeito que continua o ciclo vital na quarta etapa da vida (infância, adolescência, adulto e velhice), e por tudo que foi discutido anteriormente, teremos que manter o fator cronológico como o principal ponto de referência, devido se tratar de um trabalho de cunho científico, sendo imprescindível estandardizar o conceito do envelhecimento e idade cronológica nos padrões já pré-estabelecido com objetivo posterior de comparação entre amostra e demais estudos acadêmicos. Desta maneira iremos considerar ao longo do trabalho o sujeito idoso, o indivíduo com idade cronológica a partir de 60 anos.

2.1 Estudos Epidemiológicos sobre o envelhecimento a nível mundial e em Portugal.

É projetado para o ano de 2050 que 80% da população idosa, a nível mundial, estarão residindo em países em desenvolvimento. Atualmente o país que apresenta a maior expectativa de vida é o Japão com média de 82,2 anos (WHO, 2010). Spirduso (2005) afirma que estimativas menos conservadoras apontam que a expectativa de vida até o ano de 2040 poderiam aumentar em até 20 anos.

Netto e Ponte (2002) afirmam que em 2050 os idosos formaram parte de um quinto da população mundial.

A União Europeia, segundo Walker (2002), junto com Japão, apresenta a tendência mais evidente do envelhecimento demográfico a nível mundial durante os próximos 20 anos. Em algumas regiões de países como França, Itália e Espanha a população com mais de 80 anos, representava uma média de 3,9% da população total em 1995, irá passar a representar cerca de 7 a 9% em 2015.

Ainda sobre a perspectiva europeia, Más e Galera (2001) descreve que nos últimos trinta anos o número de europeus maiores de 60 anos aumentou em mais da metade e nas próximas três décadas voltará a se multiplicar. Verificamos essa radical mudança em outros dados apresentados pelo autor, que nos trás que no ano de 1997 o Continente Europeu apresentava 25% da população reformada, em contrapartida no início do século eram apenas 5%.

Podemos verificar na figura 1, o aumento exponencial da população idosa com o passar das décadas em alguns países, representado por valores em percentagem, referente ao número de idosos do género masculino e feminino.

Países	2000		2010		2050	
	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens
Canada	14,0	10,4	15,4	11,5	21,3	16,2
E.U.A	14,1	9,8	14,4	10,2	19,6	14,7
Reino Unido	18,0	12,6	18,2	13,0	21,5	15,8
Brasil	5,8	5,1	8,4	6,8	10,2	8,4
China	7,8	6,6	8,9	7,6	14,0	11,7

Figura 1 – Estimativa da percentagem da população com mais de 55 anos em diferentes países (Shephard, 1997).

Em Portugal, um estudo desenvolvido pelo INE – Instituto Nacional de Estatística Português (2009) estima-se que até 2060 o cenário etário também seja marcado pelo decréscimo da população jovem, evidenciando a tendência mundial.

Podemos observar a mudança no cenário demográfico em Portugal representada através de grandes grupos etários na figura abaixo:

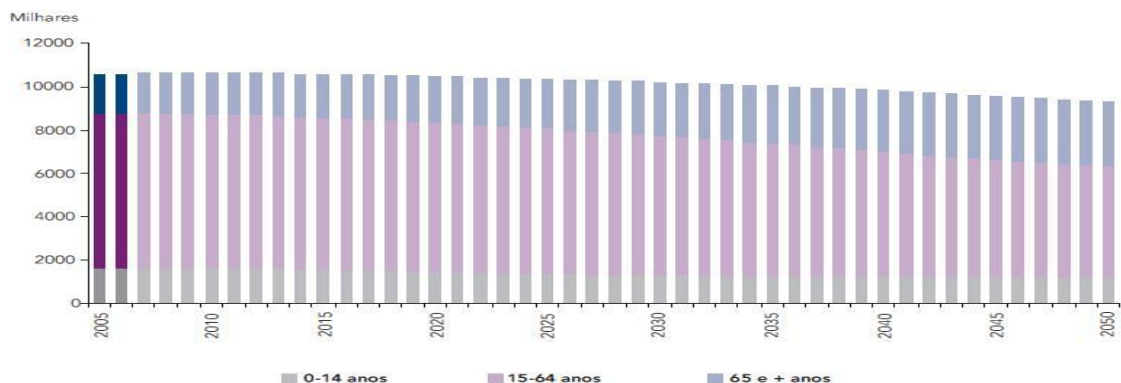


Figura 2: Estimativa e projecções da população residente em Portugal de 2005-2050 por faixa etária (INE, 2008).

Com essa transformação dos parâmetros etários na sociedade moderna, verifica-se o índice de envelhecimento (IE), considerado pelo INE a relação entre a população jovem e idosa. Em 1990 o IE era de 68 idosos para cada 100 jovens, em 2006 esta relação mudou para 112/100 e a projeção para 2060 é de 271/100.

O aumento ocorre IE devido ao próprio envelhecimento da população, que é verificado como consequência da diminuição da taxa de natalidade, diminuição da mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida, onde cada vez mais há adultos se tornando idosos devido o aumento da longevidade, ocasionada principalmente pelos avanços da medicina, como tratamentos farmacológicos e melhora na prevenção e diagnóstico de determinadas doenças.

A esperança de vida (EV) é o índice calculado quando o indivíduo nasce referente ao que é esperado que ele viva em anos. A EV em Portugal está a subir, onde a média em 1990 era de 74,1 anos e saltou para 78,5 anos no ano de 2006, sendo mais alta nas mulheres, com cerca de 81,8 anos. Neste período de 16 anos a expectativa de vida aos 65 anos subiu de 15,7 anos para 18,2 anos, sendo em homens a média de 16,3 anos e para as mulheres 19,8 anos (INE, 2007).

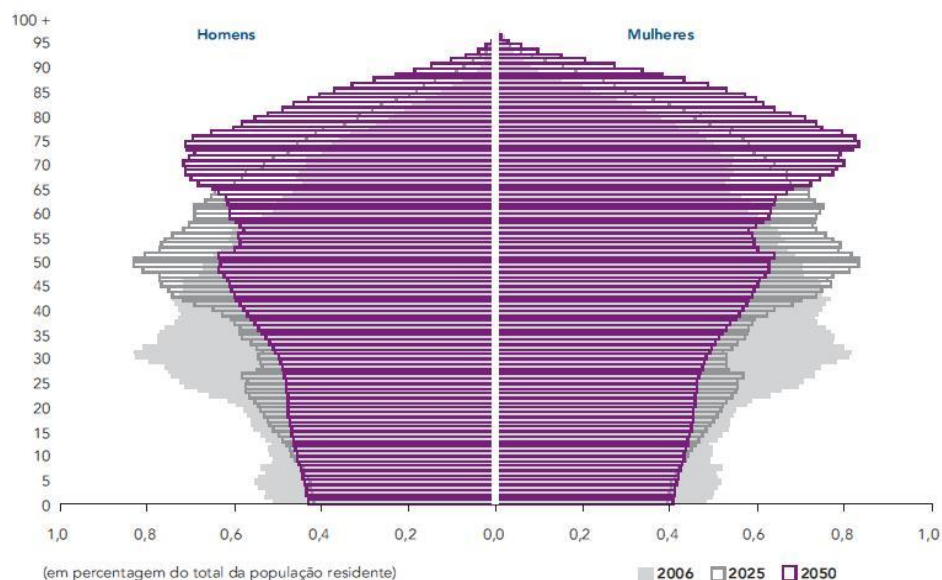


Figura 3: Pirâmide etária de Portugal: estimativa e projecções por género (INE, 2008).

A figura 3 nos facilita a compreensão sobre a existência do envelhecimento demográfico em Portugal. Vemos que cada vez mais a base vai estreitando e o topo

ficando mais alargado com a elevação da altura da pirâmide. O envelhecimento populacional é um feito e por esse motivo todas as áreas de conhecimento devem estar preparadas para se confrontar com a nova realidade.

2.1.1 Características da estrutura etária do conselho de Coimbra.

A Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Centro (2008) registrou que em 2007, o distrito de Coimbra apresentou valores de 4,1% da população total de Portugal e 4,9% da população idosa do país, representados por 90.659 habitantes.

Em relação a proporção etária do indivíduos, 1/5 da população do distrito de Coimbra (20,9%) tem + de 65 anos. Em Portugal esse valor é de 17,4% da população total do país.

Sobre o Índice de Envelhecimento, em 2001, (Santos, 2004) constatou 108,7% na cidade de Coimbra e de 135,8% no distrito de Coimbra, esse último valor em 2007 subiu para 155,1% sendo que o valor para Portugal foi de 113,6%.

A densidade populacional do conselho de Coimbra, em 2001, do grupo etário com + 65 anos era de 16,5% com total de 24.539 habitantes (Santos,2004).

2.2 Teorias do Envelhecimento.

Neste subcapítulo iremos abordar resumidamente algumas teorias do envelhecimento, a fim de conhecer as principais visões que tentam explicar este processo complexo e multifacetado.

Algumas das teorias biológicas, durante nossa breve leitura, apresentaram conceitos parecidos com alguns nomes ou agrupações diferentes.

Para Chodzko-Kajko (1998) a teoria biológica está ramificada em 4 vertentes: Teoria do envelhecimento celular ou dos radicais livres; Teoria genética do envelhecimento ou do DNA; Teoria da estrutura e consequências do envelhecimento e Teoria do Controle. Más e Galera (2001) também a dividiu em quatro: Radicais livres, Antioxina, DNA e Glicosilação.

Em contrapartida, Barreto (2005) organizou dividindo a teoria biológica em dois grandes grupos, Teorias Estocásticas e Teorias da programação.

Nas teorias estocásticas o envelhecimento é consequência de uma acumulação de danos celulares, devido aos fatores ambientais, stress, acumulação de radicais livres e mutação genética.

Nas teorias da programação todas nossas células estariam programadas para durar tempo determinado tendo um relógio biológico próprio. Todas as células em conjunto programariam o homem para viver entre 100 e 115 anos.

Essa teoria baseia-se que em cada divisão celular, o telômero (localizado na região da extremidade do DNA) perde uma parte, dessa maneira chega um determinado momento em que o último pedaço é perdido e a célula perde a capacidade de se reproduzir e por consequência morre.

Outro fator agregado é que os genes possuem um “projeto biológico” que dura até a fase da procriação, após este período eles perdem a efetividade ao longo do tempo fazendo com que o processo citado anteriormente ocorra de maneira mais acelerada.

Sobre as abordagens de teorias psicossociais do envelhecimento, Neri (1995) apresenta duas concepções: a de estágios e a de curso de vida.

As teorias clássicas de estágios estão sobrepostas com as concepções tradicionais da gerontologia (organicista e psicanalítica), na qual não existe a visão de evolução dentro da velhice e esta é sinônimo de incapacidade, perdas e doença, com o pressuposto de irreversibilidade, universalidade e unidirecionalidade. Já a teoria de curso de vida está baseada na psicologia do desenvolvimento, aceitando os princípios da multidimensionalidade e multidirecionalidade do desenvolvimento humano também durante o processo de envelhecimento, onde a velhice comporta ganhos e perdas, e este autor ainda refere-se à Birren e Bergston (1988), que afirmam que o envelhecimento é acompanhado de alterações regulares na aparência, nos papéis sociais, na experiência e no comportamento.

2.3 Processo de envelhecimento

Quando se fala em envelhecimento considera-se um processo irreversível, que ocorre desde o nascimento até a morte, ou seja, todos os seres vivos envelhecem.

Para Birren e Schorroots citado por Néri (1995), o envelhecimento é dividido em três vértices e cada um contempla as influências sobre o setor biológico, psicológico e social, separadamente. O primeiro chamado de *senescência* (relativo ao aumento de probabilidade da morte com o avanço da idade), *maturidade social* (relativo à aquisição de papéis sociais e comportamentos apropriados aos diversos e progressivos grupos da idade) e o *envelhecimento* (relativo ao processo de autorregulação da personalidade que preside a ambos os processos).

Para Spirduso (2005) e Barreto (2005), com o intuito de compreender o processo de desenvolvimento sob uma visão mais biológica, dividem o envelhecimento em duas classes: *envelhecimento primário* e *envelhecimento secundário*. O primeiro trata-se do envelhecimento que ocorre de maneira similar em todos sujeitos da mesma espécie baseado em fatores genéticos e fisiológicos, já o segundo trata-se do envelhecimento sobre influência dos fatores ambientais e/ou patológicos que vão se diferenciar entre os indivíduos independente de possuírem a mesma idade cronológica.

Netto e Ponte (2002, p.03) nos apresenta que os profissionais da biogerontologia caracterizam o envelhecimento:

“ ... pela incapacidade de manter o equilíbrio homeostático sob condições de sobrecarga funcional, acarretando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam por levar o idoso à morte.”

Entretanto, o autor afirma que aceitar essa visão como única é contentar-se com meia verdade, isso porque defende que é necessário ter um olhar global do envelhecimento enquanto processo, como também sobre os idosos enquanto indivíduos de características bipsicossociais. Ter uma visão unilateral do processo é

desconhecer e/ou não contemplar os problemas culturais, ambientais, econômicos e sociais que afetam com maior ou menor proporção o processo em causa.

Walker (2002) concorda que este processo não pode ser visto apenas como um fator biológico, e afirma que o envelhecimento influi e é influenciado também pela dimensão social.

Ponte (2002) nos aponta a questão de uma visão generalizada, de natureza sociológica, onde o envelhecimento é refletido sobre a perspectiva de constantes perdas. Na sua opinião, sob um olhar da psicanálise via freudiana, este é um processo estruturado, porém dinâmico, onde há transformações em forma de oposição, onde há o extremo das perdas e o extremo das aquisições.

Sobre esse olhar, o que os autores chamam de envelhecimento, é apenas uma parte de todo o processo do desenvolvimento humano, que é correspondente a maior influência e resposta das características psicológicas.

Netto e Ponte (2002) denomina como envelhecimento comum quando os fatores intrínsecos, neste caso de degradação interna dos sistemas orgânicos, são potencializados pelos fatores extrínsecos como estilo de vida, alimentação, condição socio-econômica etc.

Zajac-Gawlak e Polechonski (2007) nos traz outro termo envolvendo este processo classificado pelos autores como envelhecimento bem-sucedido, definido por alguns fatores como a esperança de vida, as condições físicas e mentais de saúde, habilidades sociais, manutenção da aptidão física e capacidade mental, auto-controle e satisfação geral com a vida. Ressaltam ainda que este termo não deve estar associado ao prolongamento da vida, ou seja, não somente vinculado ao fator cronológico.

Tendo em vista esses dois aspectos é necessário perceber que há duas grandes visões incutidas, nos discursos acerca da dessa fase do desenvolvimento humano em que uma potencializa as características e influência dos aspectos biofisiológicos e a outra enfatiza os aspectos socio-culturais-econômicos como responsáveis diretos no modo qualitativo do envelhecimento.

Justamente por esse motivo que Netto e Ponte (2002) levantam uma problemática sobre essa temática, questionando se o processo interno que ocorre com o avançar da idade é responsável, por si só, pela degradação do sistema ou

são os elementos externos ao processo de envelhecimento que exercem maior influência no resultado da qualidade do envelhecer.

Assim tanto crianças, adultos e idosos, passam por etapas do envelhecimento, e são justamente o modo de transcorrer por estas que aumentará as diferenças entre os indivíduos durante todo o percurso de vida e por consequência se acentuam nas últimas décadas do ciclo vital.

2.3.1 Psicológico

Em todas as idades as características afetivas, cognitivas e psicomotoras são manifestadas, entretanto o domínio psicológico, segundo Verderi (2004), torna-se mais difícil ao chegar na terceira idade, pois ao longo da vida, como referido no anterior subcapítulo, as diferenças individuais são acentuadas. Somado a este aspecto, o autor também afirma que nesta fase da vida o entusiasmo é menor, a motivação tende a diminuir, como também a autoestima e auto-imagem, podendo ocorrer o isolamento social, passividade, pessimismo e queixas somáticas, essas quatro muitas vezes interpretada, de maneira errônea, como característica normal do idoso e que normalmente acaba por mascarar alguns transtornos psíquicos como a ansiedade, depressão e a insônia.

Para Gonzalo (2005), entre as alterações psicológicas, as mais frequentes na terceira idade são o aumento de casos depressão e ansiedade, onde se contabilizados a frequência nos consultórios médicos calcula-se que há uma média de 3 a 5% de casos de ansiedade e se estendido à porcentagem da população que não frequentam os consultórios este valor acaba por ser estimado em até 15 %.

Há também uma queda nos níveis de autoestima, devido o aumento de limitações que vão surgindo durante o processo de envelhecimento, levando-os ao processo de cascata onde uma limitação leva a outra e finalmente acabam por se excluir da vida social e se isolar em casa (Gonzalo, 2005a).

Para Gallahue e Ozmun (2001), é possível que a saúde mental dos idosos esteja relacionada intimamente com a incapacidade funcional.

2.3.2 Social

Walker (2002) afirma que o envelhecimento da população é um processo social e justifica sua visão apresentando alguns fatores sociais que influem e são influenciados pelo envelhecimento da população.

O autor relata que o aumento da expectativa de vida é por si só um indicador do progresso social e econômico, devido as intervenções de políticas públicas e avanço da ciência. Enfatiza também que a idade é uma construção social, e a política social desempenha um papel importante neste processo exemplificando que o estabelecimento da idade que as pessoas podem se reformar, irá qualificar socialmente e economicamente o sujeito como “velho”.

Essa mudança de paradigma passa a ser ao menos “curiosa”, por assim dizer, pois antigamente os cabelos brancos e as rugas, representavam simbolicamente um sujeito sábio, respeitado por suas experiências vividas e que normalmente as dividia com os mais jovens da sociedade que estava inserido. Atualmente, com a influência do presente sistema econômico, onde os valores passam a ser vinculados à produtividade, tecnologia e rentabilidade, o antigo formato do “ser sábio” passou a tornar-se anacrônico e depreciado.

Outro fator enunciado por Walker (2002), é que na União Europeia é cada vez mais comum encontrar idosos que vivam sozinhos, entre as justificativas, o autor nos apresenta as mudanças no ambiente familiar onde há um aumento de divórcios em idades avançadas.

2.3.3 Físico

Para alguns científicos, nossas células e corpo estão devidamente feitos e capacitados para nos levarem até mais do que os noventa anos (Más & Galera, 2001). Entretanto, como chegaremos a essa idade, devido os fatores extrínsecos (ex: sedentarismo, alimentação, meio ambiente etc.) interferem nos fatores intrínsecos (ex: mudanças estruturais celulares, diminuição na produção de algumas hormonas, diminuição de atividade enzimática, etc.), é o que nos leva a reflexionar sobre com que qualidade vivemos.

O envelhecimento em si, provoca uma perda gradual da capacidade estrutural e funcional de muitos sistemas fisiológicos (ACSM, 2009) e, por consequência, da própria independência do indivíduo. Com o avançar da idade verifica-se que a quantidade total de atividade física diária acaba por diminuir, contribuindo para o agravamento da diminuição da capacidade funcional (força, resistência, equilíbrio e flexibilidade) do indivíduo (ACSM, 2009; Más & Galera, 2001; Nunes, 1999; Spirduso, 2005).

Sobre o sistema cardiovascular há um declínio no VO₂ máximo (medida para mensurar capacidade aeróbia máxima), diminuição da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (em %), a resposta da frequência cardíaca (FC) no início do exercício é mais lenta, demorando mais tempo para aumentar e posteriormente ajustar a FC ao stress físico (ACSM, 2009).

Entre aos aspectos antropométricos, Matsudo, Matsudo e Barros (2000) em sua leitura apontam algumas mudanças procedentes do envelhecimento como: diminuição da estatura corporal, justificada pela compressão vertebral, estreitamento dos discos vertebrais e mudanças posturais como a cifose; diminuição substancial da massa magra, de 10 a 16% entre os 25 e 65 anos, devido a perda de massa óssea, muscular e água corporal total; e aumento da massa gorda e mudança na distribuição de gordura corporal, com maior concentração de gordura intramuscular, visceral e abdominal.

Com as alterações na composição corporal, Matsudo et al. (2000) também afirmam que ocorre, como consequência, a diminuição da taxa metabólica de repouso em uma média de 10% por década.

A respeito do sistema musculoesquelético, Gonzalo (2005a) afirma ocorrer uma diminuição de até 50% da massa muscular entre os 30 e 80 anos, verificando que essa perda ocorre mais sobre volume muscular do que no número total de fibras. Matsudo et al. (2000) afirmam que esse valor de redução ocorre entre os 20 e 90 anos, e acrescenta que através das análises com potássio corporal verificou-se que a média de decréscimo é de 3-6% por década, onde o sexo masculino apresenta uma perda de cerca de 1,5 vezes maior do que no sexo feminino.

Sabe-se que a estrutura óssea passa, durante todo período da vida, por constantes processos de remodelamento. Segundo Spirduso (2005), a perda de

massa óssea começa a ocorrer entre os 25 e 30 anos, onde a taxa de formação óssea, começa a falhar na manutenção do ritmo de reabsorção. Matsudo et al. (2000) afirma que a redução desses valores ocorrem entre os 45 e 75 anos em mulheres e aos 50 e 60 anos em homens com perda de 0,3% ao ano no sexo masculino.

Spiriduso (2005) e Matsudo et al. (2000) corroboram que a perda óssea no sexo feminino ocorre em uma média de 1% ao ano e em casos de osteoporose desenvolvida de 2% a 3%. Gonzalo (2005) afirma que quando comparado sujeitos de 30 e 80 anos, é possível verificar uma redução média de 40% da massa óssea.

Em idosos, existem alguns elementos importantes que influenciam mudanças na massa magra como as mudanças hormonais comuns do envelhecimento como a diminuição dos níveis de andrógenos, do GH-hormônio de crescimento do estrógeno (a depleção desta hormona reduz a absorção de cálcio no intestino), as deficiências dietéticas, a redução da atividade física diária, e alteração no processo neurogênico, gerando a diminuição no número de neurônios motores alfa da medula espinhal (conhecidos também como neurônios eferentes) o que leva que as fibras musculares fiquem desnervadas e por consequência são substituídas por gordura e tecido fibroso (Gonzalo, 2005a; Matsudo et al., 2000; Spiriduso, 2005).

Jabaloyas, Zaragoza, Cortes, Zaragora, Salom e Nuez (2011), verificaram em seu estudo que a diminuição de testosterona livre (TLc) que estavam relacionados com a diminuição de massa óssea e aumento de massa gorda em idosos do sexo masculino.

Se estima que aos 85 anos, 60% das mulheres tenham sofrido com fratura no pulso e 33% no quadril (Gonzalo, 2005a).

Referente a flexibilidade, verifica-se que ocorre uma redução logo no início da fase adulta, em que observa-se a diminuição em 20-30% na articulação do quadril e da coluna (ACSM, 2009).

No estudo de Einkauf et al. segundo Spiriduso (2005), mensurou medidas de flexibilidade da coluna em mulheres entre 20 a 84 anos. Entre os resultados para flexão lateral esquerda e direita, da segunda para a terceira década de vida houve uma redução de 4 graus em ambos os lados e dos 20-29 anos para os 70-84 anos uma perda de 13 e 12 graus, respectivamente. A maior redução total foi da

extensão da coluna em que dos 20-29 aos 70-84 ano a perda foi de 18 graus. Os autores afirmam que a diminuição ocorreu em maior valor no plano da extensão da coluna, pois não é um movimento que utilizamos repetidas vezes durante nossa rotina diária.

Um outro dado importante, levantado por Spirduso (2005) em sua leitura, é a diminuição de 50% da perda de amplitude na articulação do tornozelo em mulheres e de 35% no homens. Já o ACSM (2009) apresenta valores de perda mais baixos para mulheres, entre os 30-40% aos 70 anos. Estes dados tem grande relação, quando somado com a diminuição de força neste segmento e alteração do centro de gravidade, com o aumento do risco de quedas extremamente comum e preocupante na terceira idade.

Podemos interpretar, deste modo, que o desuso por consequência, leva ao encurtamento dos tecidos próximos da articulação (músculo e tendões), criando uma relação estreita entre sedentarismo e diminuição da flexibilidade.

A diminuição da massa óssea e muscular, perda da flexibilidade (principalmente tornozelo e quadril) somada ao aumento do tempo de reação, acabam por ser um grande problema de saúde pública, devido suas consequências como as fraturas devido as quedas que, segundo a comunidade científica e médica, levam os sujeitos que não morrem depois da intervenção (devido complicações associadas a doenças, sobrecarga de algum órgão devido ingestão medicamentosa ou até mesmo infecção hospitalar devido a baixa no sistema imunológico), a dependência física, aumento de doenças crônicas (devido o baixo nível de atividade física), alteração dos fatores psicológicos (devido dependência).

Em relação ao sistema nervoso central, Más e Galera (2001) afirma que não há variação do número de neurônios cerebrais ao longo dos anos mantendo a funcionalidade cerebral limiar, uma vez que não haja nenhuma patologia, durante toda a vida. O que muitas vezes leva a diminuição da sua função são justamente algumas doenças, o desuso e o desinteresse em atividades devido falta de motivação para participar ou integrar-se na atividade (s).

Em contrapartida, Netto e Ponte (2002) afirmam que durante o envelhecimento ocorre perdas das células cerebrais e que estas são de aproximadamente 0,2% ao ano, no total ao longo de 100 anos de 20%. Gonzalo (2005b) complementa dizendo

que existe a diminuição do número total de neurônios, entretanto aos 40 e 50 anos de vida inicia um sistema de compensação, onde o tamanho nuclear das células começam a hipertrofiar até os 70 anos, porém a partir dos 80 anos começa a reduzir seu tamanho.

2.4 Exercício Físico e o Idoso.

Neste subcapítulo encontramos alguns problemas durante a busca de artigos que abrangessem o tema devido a diferença de utilização de conceitos na área desporto e exercício físico, assim antes de iniciar a revisão no tema de exercício físico com idosos, iremos brevemente tentar esclarecer de maneira concisa alguns termos com o intuito de tornar a leitura mais enriquecedora.

Atividade Física é todo o movimento produzido pelo corpo através da contração dos músculos esqueléticos com o aumento de energia dependida. Já o Exercício são movimentos repetitivos, previamente planejado e estruturado para melhorar ou manter uma ou mais capacidades físicas do indivíduo, como cardiovascular/aeróbica, força, flexibilidade e equilíbrio (ACSM, 2009).

Na maioria dos artigos em que abordam a variável atividade física, quando observamos a metodologia, verificamos que se trata de estudos envolvendo exercícios físicos, no qual os sujeitos da pesquisa estão envolvidos em grupos que praticam atividades motoras planejadas que seguiam um protocolo de intervenção. Desta maneira, na presente leitura iremos abordar apenas estudos que em seu conteúdo metodológico relataram a variável de estudo no formato de definição de exercício físico, para verificar se houve incremento das capacidades físicas relacionadas a prática ou atividade física praticada durante o tempo de lazer/ócio como fator de adesão ao estilo de vida saudável.

Referente a adesão ao exercício físico no tempo livre/de ócio durante o processo de envelhecimento, Gonzalo (2005) nos apresenta que aos 18 anos, 18% dos sujeitos não praticam qualquer tipo de exercício físico e que esse dado cresce para os 50% dos sujeitos aos 70 anos.

Nos estudos epidemiológicos apresentados por Slubowska (2008) realizados em vários países, verificaram que a baixa participação em atividade física de lazer

está ligada a fatores socioeconômicos desfavoráveis, destacando alguns grupos como idosos, mulheres, pessoas com baixa renda, zona rural e baixa escolaridade.

Este quadro, infelizmente, ainda persiste mesmo com a grande incidência de trabalhos com cunho científico comprovando os malefícios da inatividade física, entre eles o aumento do risco para doenças como cancro de mama, colón, próstata, osteoporose, obesidade, diabetes, hipertensão arterial, doença coronária, distúrbios mentais.

O grande problema que ocorre é que ao longo do envelhecimento, as pessoas acabam por se tornarem menos ativas e como Araújo e Araújo (2000) relatam o descondicionamento físico acaba se tornando um “fantasma” ao longo dos anos na vida do sujeito.

A Sociedade Brasileira de Medicina Esportiva e a Sociedade de Geriatria e Gerontologia ilustram essa problemática inserida na vida do indivíduo idoso, através do esquema abaixo:

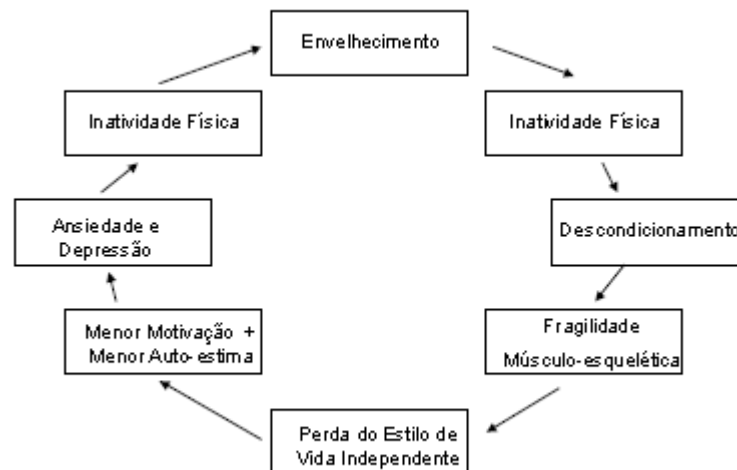


Figura 4: Esquema representativo do círculo vicioso estabelecido no idoso (Nobrega et al.,1999).

Sobre os aspectos fisiológicos, a comunidade científica está de acordo que a exercício físico regular previne e auxilia no tratamento das doenças cardiovasculares (DCV), diretamente diminui fatores de risco para DCV como decréscimo ou controle

da tensão arterial, redução dos níveis de colesterol LDL, aumento do colesterol HDL, diminuição da resistência a insulina, melhora do controle da glicemia.

É o que Best-Martini e Botenhagen-DiGenova (2003) nos trazem afirmando que o exercício físico regular aumenta um incremento substancial em todos aspectos da função cardíaca, aumenta da força muscular, preserva ou restaura a flexibilidade, diminui o declínio do equilíbrio e coordenação como também da velocidade dos movimentos.

Especificamente sobre a massa óssea, verificou-se no estudo de Nelson et al. (1994) com mulheres pós-menopáusicas, que participaram do treinamento de força com cinco exercícios a 80% de 1 RM (repetição máxima) duas vezes na semana durante um ano, um incremento na densidade óssea mineral no fêmur e nas vértebras lombares de 0.9% e 1%, respectivamente. A massa óssea total manteve-se, e em alguns casos aumentou em até 2%, contrário ao grupo controle que mantiveram ou sofreram uma perda de até 1.2%.

Em relação os aspectos psicológicos a atividade física apresenta alguns benefícios imediatos como relaxamento, redução dos níveis de stress e estado de humor melhorado (Best-Martini & Botenhagen-DiGenova, 2003).

Como efeito crônico, a atividade física regular, melhora os níveis da saúde mental, auxiliando no tratamento de anorexia nervosa e depressão, aumenta o bem estar geral, influência positiva sobre a capacidade cognitiva auxiliando que não haja uma queda na capacidade funcional do sistema nervoso central (como diminuição da velocidade de processamento das informações e/ou aumento do tempo de reação), diminui o processo de degradação do organismo ou até mesmo melhora o controle motor, tanto em atividade de coordenação motora grossa como fina (Best-Martini & Botenhagen-DiGenova, 2003).

Esses resultados nos mostram que com a atividade física muitas vezes conseguimos reverter o quadro de declínio das capacidades físicas característico do envelhecimento e muitas vezes até mesmo melhorar os resultados em comparação ao próprio indivíduo, como também prevenção e auxílio na melhora de quadros de alterações psíquicas.

3. AUTOESTIMA GLOBAL

3.1 Definição Conceptual

Ao longo de nossa leitura percebemos que a autoestima global (AEG) é muitas vezes utilizada como sinónimo de autoconceito (AC) devido a proximidade de definições e íntima relação teórica.

Assim no início desse capítulo temos o intuito de apresentar ambos os conceitos, como também a relação e diferença entre os termos. É de extrema importância ressaltar que tanto o autoconceito como a autoestima são componentes da autopercepção.

No que se diz sobre a definição teórica, em linhas gerais, o autoconceito é a percepção que o indivíduo faz de si próprio (Marsh & Shavelson, 1985; Serra et al., 1986; Shavelson & Bolus, 1982), de maneira consciente (Spiriduso, 2005). Gecas (1982) acrescenta que o “olhar sobre si próprio” ocorre nas dimensões do ser físico, social e moral.

Essa percepção é organizada segundo categorias descritivas e avaliativas, resultado da abstração e interpretação do comportamento observado do próprio sujeito (Gecas, 1982).

Serra et al. (1986) ressalta que em sua construção o AC depende:

“...das avaliações reflectivas pelos outros, da comparação do comportamento do indivíduo com as normas de grupos de referência, das atribuições pessoais feitas ao comportamento observável e ainda de outras influências sócio-culturais.”

O autor ainda complementa que o autoconceito é um fenómeno *inter-pessoal*, pois ele é influenciado pelos pensamentos, ações e sentimentos do próprio indivíduo como também dos seus parceiros de interação social.

O AC é um constructo multidimensional (Assis & Avanci, 2004; Dermitzaki & Efklides, 2000). Shavelson et al. segundo Marsh e Shavelson (1985) o descreve como um constructo positivo multifacetado e tem como modelo hierárquico sua base de estruturação.

Assis e Avanci (2004) também referem-se ao AC como uma organização, hierárquica, de um conjunto de percepções de si mesmo.

Na figura 5, os autores apresentam um organograma, no qual podemos visualizar facilmente a formação do autoconceito através de duas componentes e suas subáreas, onde o autoconceito global é construído através do autoconceito acadêmico e o autoconceito não acadêmico (social, físico e emocional).

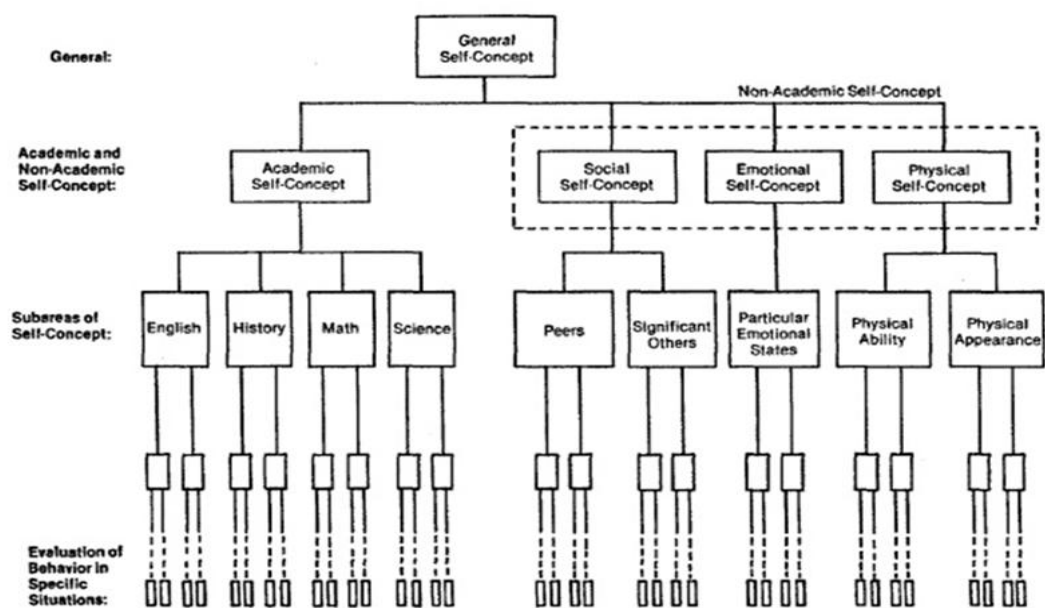


Figura 5: Estrutura do autoconceito (Shavelson, Hubner & Stanton, 1976).

Pestana e Páscoa (1998) afirmam que o autoconceito constitui um elemento fundamental a formação da identidade pessoal, é também integrador da personalidade e permite compreender a uniformidade, consistência e coerência dos comportamentos.

O AC é desenvolvimentista, ou seja, está em constante desenvolvimento durante todas as fases de nossa vida, desde a infância, adolescência, fase adulta e durante toda a velhice. Ele também serve como base da auto-avaliação que nada mais é que “ as opiniões dos indivíduos sobre sua competência e capacidades e é moderado pela auto-aceitação” (Spirduso, 2005).

Neste aspecto, Pestana e Páscoa (1998), apontam também que o autoconceito é elaborado ao longo do desenvolvimento humano através da avaliação que o indivíduo faz de seus desempenhos e do confronto e comparação com as figuras que lhe servem de referência e de como os outros o veem.

O resultado das autoavaliações e as sensações sobre elas fornecem a base para a AEG do indivíduo.

Para alguns autores a autoestima é um dos fatores mais importantes do autoconceito (Romano, Negreiros & Martins, 2007; Serra, Gonçalves & Firmino, 1986), pois ela associa os aspectos avaliativos que o indivíduo vai elaborar ao seu respeito.

Os autores Hu et al. (2005) e Assis e Avanci (2004) acrescentam que, esta, é considerada um componente de avaliação do autoconceito, baseada em comparações cognitivas e associação afetiva.

Mas o que é a autoestima?

A autoestima (AE), para Fox, Boutcher, Faulkner e Biddle (2000), é a consciência positiva que indivíduo possui positivamente do seu *self* e representa a forma positiva como este se sente, de maneira geral, sobre ele próprio.

Campbell segundo Hu et al. (2005) afirmam que a AE é o julgamento positivo e consciente do “eu”. Já Custódio, Pereira e Seco (2010) acrescenta que a AE é uma atitude não somente positiva, mas também negativa e generalizada relativo a si próprio. Ela também é referida como indicador do bem-estar psicológico.

Spirduso (2005) acrescenta, através de sua leitura, que a AE é também um elemento multidimensional, e caracteriza-se pelo respeito e a apreciação que os indivíduos têm por si próprios, ou a extensão em que se sentem positivos com relação a si mesmo, é composta de sensações de competência, autoaprovação, poder e autovalor.

Para Pestana e Páscoa (1998), a AEG se desenvolve a partir de sentimentos (experiência subjetiva dos afetos e emoções) que o sujeito tem sobre si próprio. Os autores ainda afirmam que ela é um elemento importante para uma maior ou menor estabilidade emocional.

3.2 Exercício Físico e Autoestima global do Idoso

Sobre a relação entre a autoestima global (AEG) na terceira idade é importante se ater as características biopsicossociais processo de envelhecimento, já discutidas anteriormente, e recordar que a autoestima tem sua base construída na infância, mas ela pode variar durante todo o período da vida.

Lembrando também, como já referido o autor Gonzalo (2005a). no subcapítulo 2.2, existe uma diminuição dos níveis de AEG em idosos e que esta é explicada grande parte pelo o aumento de limitações que vão surgindo durante o processo de envelhecimento. Contudo, os valores podem diferenciar entre os indivíduos ativos e sedentários, uma vez que em teoria os indivíduos ativos apresentam maior independência e menores situações limitativas (ex.: menor número de patologias e/ou mais controladas).

Em contrapartida, Spence et al. segundo White, Wójcicki e McAuley (2009) afirmam que os efeitos demonstrados da intervenção da atividade física sobre a AEG são pequenos.

Fazendo esta conexão nos parece de extrema relevância a ideia apresentada na leitura de Custódio et al. (2010), onde afirma que pessoas que apresentam níveis de atividade física elevada tem uma probabilidade de ver seu futuro de modo mais positivo e esperançoso, sentir-se mais confiantes e otimistas acerca da realização dos objetivos próprios, realizando as atividades com mais persistência e resiliência.

A atividade física regular está associada a inúmeros benefícios para a saúde física, como também incrementos positivos na saúde psicológica (Hu et al., 2005). Para Fox (1999) a AE é um marcador do bem-estar psicológico.

No estudo de Hawkins et al. (1988) verificou-se que os indivíduos que apresentaram maior autoestima e *locus* de controle de saúde interno (percepção que a pessoa tem sobre os fatores que podem determinar o rumo de sua vida) apresentavam significativamente relação com um histórico de prática de exercício físico ou atividade física de lazer durante toda a vida e também estavam envolvidos, atualmente, com alguma prática de atividade física regular.

No que concerne a relação específica da AEG e do exercício físico em idosos, Fox, Whaley e Ebbeck segundo Dionigi e Cannon (2009) afirmam que as pesquisas com a população idosa ainda não são representativas.

4. QUALIDADE DE VIDA

Na última década houve um aumento exponencial de estudos que envolviam a variável qualidade de vida (QV). Utilizando bancos de dados acadêmicos, quando inserimos a expressão “*quality of life*” no campo de busca, encontramos no *Pubmed* 36.852 artigos que continham essa palavra no título dos artigos, 32.605 continham a expressão no título e palavra-chave a partir do ano de 1964, sendo que deles 25.893 artigos foram publicados entre 2000 e 2012. Realizando também a busca, com a mesma expressão, no banco de dados do *ScienceDirect*, encontramos 14.358 artigos que continham o termo no conteúdo do título, 4.510 artigos com a expressão no título e palavra-chave, também com publicações a partir do ano de 1964, sendo que do total, 3.746 foram publicados entre 2000 e 2012.

Só no ano de 2012, já foram publicados até o presente momento em *Pubmed* e *Science Direct*, 2.674 e 1.073 artigos, respectivamente, com a palavra-chave “quality of life”.

Entretanto, mesmo com o crescente interesse da sociedade científica e a grande quantidade de estudos publicados, verificamos ao longo de nossa pesquisa bibliográfica que ainda não há uma definição consensual entre os investigadores de diversas áreas, porém cada vez estamos mais próximos de entrar em comum acordo entre as diversas opiniões e as diferentes áreas de conhecimento, a fim de consolidar o termo “qualidade de vida”.

Dessa maneira, este capítulo tenta trazer à tona as diversas visões e discussões sobre os diferentes focos e abordagens a respeito da qualidade de vida, com o objetivo de fazer uma breve reflexão sobre os paradigmas criados acerca do conceito e da utilização da expressão estudada.

4.1 Definição Conceptual

Quando iniciamos nossa leitura acerca da qualidade de vida (QV) verificamos que esse termo acaba por ser mal definido na literatura. Para Fayers e Machin (2000), isso ocorre devido muitas vezes nos deparamos com características particulares do termo que são infravaloradas dependendo do tipo de investigação, abordagem e área de estudo.

Essa situação ocorre porque ao longo dos anos, desde sua aparição até os dias de hoje, o termo qualidade de vida foi utilizada em distintos cenários e abordada sobre os diferentes prismas, como por exemplo, o político, o econômico, o educacional, da saúde, entre outros. Somado a diversidade de dimensões contempladas, as intenções que direcionavam os discursos também eram diferentes em cada momento cronológico.

A primeira vez que o termo foi mencionado ocorreu no ano de 1920 no livro de Pigou, que o relacionava com questões de economia e bem-estar, discutindo sobre o suporte governamental para as classes sociais mais baixas e como ele impactava em suas vidas e nos cofres públicos (Wood-Dauphinee, 1999).

Em sua leitura, Kluthcovsky e Takayanagui (2007) e WHOQOL Group (1998_a) encontraram que a QV foi utilizada pela primeira vez em 1964, pelo então presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson em seu discurso que declarava que o sucesso dos objetivos de um governo não poderia ser medido pelos bancos e sim pela qualidade de vida que proporcionariam às pessoas.

Nesta mesma década foi publicado por Elkington no *medical journal*, o primeiro artigo sobre o tema intitulado como "*Medicine and Quality of Life*" (Wood-Dauphinee, 1999).

Kluthcovsky e Takayanagui (2007) e Wood-Dauphinee (1999) fazem uma referencia a cronologia, onde afirmam que após a Segunda Guerra Mundial a QV foi associada a melhoria do padrão de vida das pessoas através da aquisição de bens materiais (carro, casa, etc) e posteriormente utilizada para verificar o crescimento econômico, principalmente de sistemas governamentais, ampliando-se ao longo dos anos, também, aos fatores de desenvolvimento social (saúde, educação, etc).

Os diversos tipos de abordagens sobre a mesma variável acabou por condicionar tanto o senso comum como estudiosos a criarem essa ampla gama de interpretações sobre a QV.

Dessa maneira, na visão de Fayers e Machin (2000) faz-se necessário levar em consideração o contexto (área de estudo) no qual o sujeito em análise está sendo inserido, pois o significado dado ao termo poderá variar dependendo de como e quando a QV foi avaliada e em qual área de interesse está sendo realizado o estudo.

Para McAuley e Elavsky (2006), de uma maneira geral, durante algum tempo, a QV estava associada a indicadores de saúde, mais especificamente em função dos índices de morbidade e mortalidade. Para Minayo, Hartz e Buss (2000), esses índices ainda são utilizados quando a QV é vista em um sentido mais restrito e vinculados à saúde, centralizando na capacidade de viver sem doenças ou superar a condição de morbidade.

Walker (2006) também ressalta que, ainda hoje, muitas das investigações relacionadas com QV estão inseridas no contexto de modelo social positivista e que apenas centram-se na sua relação com o estado de saúde. Para os autores Gonçalves, Marinho, Maciel, Galindo Filho e Dornelas de Andrade (2006), este estado é uma medida de funcionalidade e bem-estar, usada de modo comum para referir aos aspectos de saúde.

Em sua leitura, Minayo, Hartz e Buss (2000), chamam atenção para a produção literária sobre QV, dizendo que o foco está demasiado concentrado em fatores médicos, caracterizando-se por uma visão econômica e bioestatística da saúde.

Este vínculo no campo biomédico e avaliação econômica é possível visualizar através dos diversos tipos de questionários que foram criados para o sistema de saúde avaliar a QV nos doentes, com o intuito de equacionar anos de vida, quantidade de medicamentos utilizados, utilização da atenção médica e tipo de patologia (congenita ou adquirida, crônica ou aguda).

Devido essa abordagem, focada nas dimensões médicas, surge o termo *health-related quality of life*, ou em português, qualidade de vida relacionada à saúde. Kluthcovsky e Takayanagui (2007) descrevem que essa nova expressão

acaba sendo utilizada atualmente, ainda que também de variada aplicação e significado impreciso, pelos pesquisadores da área médica.

Allison segundo Wood-Daphinee (1999) afirma que a QV é um constructo dinâmico. Walker (2006) completa que ela é influenciada tanto por fatores sociais, por exemplo, econômicos, como por características individuais e biológicas.

Nessa perspectiva, os autores exemplificam que para se avaliar a QV há uma gama enorme de variáveis que a influenciam diretamente e indiretamente. Entre elas podemos citar a saúde geral, a função física, emocional, cognitiva e sexual, o papel social, os sintomas físicos e toxidade, o bem-estar social, questões existenciais, espirituais, habilidade para lidar com as doenças e satisfação com a vida.

Para o sujeito avaliado, o significado de boa qualidade de vida, se dá através de sua autoavaliação de acordo com sua condição de saúde, limitações físicas, personalidade, “estilo idiossincrático de interação” (influência do que é alheio sobre o sujeito, gerando um temperamento único em cada indivíduo para interação) com oportunidades ambientais (Faves, 2001).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), declara que a QV é o estado completo das vertentes física, mental e bem-estar social e não somente a ausência de doença (Fave, 2001; Fayers & Machin, 2000), onde estas dimensões acabam por influenciar as atividades diárias da pessoa (Toscano & Oliveira, 2009).

A QV nos tempos atuais, segundo Costa (2000), passou a ser um “conjunto de equilíbrio harmonioso”, onde representa a busca da felicidade e satisfação pessoal em vários aspectos da vida, que abrangem as dimensões profissionais, fisiológicas, espirituais e emocionais. Estas são reguladas conforme as expectativas e experiências socioculturais vivenciadas pelo sujeito.

O WHOQOL Group (1995) afirma que durante o processo de construção de um novo instrumento para avaliação da QV, eles também se depararam com a falta de uma definição clara e consensual na literatura.

Este grupo verificou que a QV tinha determinadas características, entre elas a de ser subjetiva, de natureza multidimensional e ter dimensões negativas (dor, fadiga, dependência de medicamentos) e positivas (desenvolvimento funcional, contentamento e mobilidade). Através dessas conclusões a respeito das características da QV, o WHOQOL Group (1995) e WHO (1997) a definiram como:

“as individuals` perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live in relation to their goals, expectations, standards and concerns.”

WHO (1997), ainda afirma que esse conceito é amplo e que ainda é afetado de forma complexa pela saúde física, crenças pessoais, relações sociais, estado psicológico, relação com características marcantes no ambiente em que vive e nível de independência.

Sobre o prisma da subjetividade, os autores Araújo e Araújo (2000) acrescentam que a classificação da QV ser boa ou má, está diretamente relacionada à maneira do indivíduo entender o sentido da vida e de suas expectativas em relação a sua vida e saúde, podendo ser alta ou baixa.

Matos e Sardinha (1999) afirmam que a QV do indivíduo é grau de coincidência entre o real e as expectativas do mesmo, tendo uma forte influência a experiência vivida do que as condições reais de vida ou a opinião de terceiros.

Um elemento importante que pode influenciar a percepção do indivíduo sobre sua QV é a democracia. Minayo et al. (2000) afirmam que ela pode ampliar a noção de o que é QV, como também do grau de bem-estar e de equiparação ao acesso aos bens materiais e culturais.

Assim, ao final deste subcapítulo, entendemos que de maneira geral a qualidade de vida é um constructo multidimensional, subjetivo e condicionado ao tempo, uma vez que as aspirações e percepções do mesmo sujeito pode variar ao longo da vida, ou modificar em determinadas mudanças, podendo ser internas e/ou externas.

4.2 Qualidade de vida do idoso

Sobre a QV na população idosa, Walker (2006) faz uma crítica aos investigadores da área de gerontologia, afirmando que tais profissionais não valorizam a definição do próprio idoso a respeito da QV, parecendo ignorar outras

facetadas de extrema importância, tais como os aspectos políticos, cognitivos, de interação social, psicológicos e econômicos que também gravitam em torno do indivíduo em sua rotina diária. Esta informação deve ser levada em conta durante a leitura dos dados que serão apresentados nos próximos dois subcapítulos capítulos, porque por vezes, as pesquisas encontradas não levam em conta, na apresentação dos resultados, todas as dimensões do constructo e nem as possíveis características dele na velhice.

Outro ponto a respeito da qualidade de vida na velhice é a questão que além do constructo ser multidimensional em qualquer momento do desenvolvimento humano, ele como também a velhice são eventos que dependem do tempo. Essa combinação torna a definição da QV em idosos torna-se, como os autores Llobet, Ávila, Farràs e Canut (2011) corroboram, muito mais complexa.

Somado a esses dois fatores a QV também depende da adaptação do indivíduo e dos grupos de pessoas em diferentes épocas da vida de uma ou várias sociedades. E ao final ainda adiciona-se o fato que esta fase da vida, por si só, é uma resultante, também, da atuação de vários fatores concorrentes (Neri segundo Trentini, Xavier & Fleck, 2007).

Os autores Urzúa et al. (2011) relatam que o estado de saúde geral, estado de saúde mental e físico, apoio social e bem-estar psicológico são algumas das variáveis que estão relacionadas com a QV do idoso. Llobet e Ávila (2011) trazem estudos na área da QV na velhice, em que os idosos determinam os fatores que consideram importantes em suas vidas, entre eles descrevem a autonomia, atividades de ócio e tempo livre, relações familiares, o apoio familiar e social, estado de saúde, o estado do local onde vive, os contatos sociais, a disponibilidade econômica, o ambiente, os recursos e aos serviços e acesso à eles, e a satisfação com as condições de vida.

Bowling et al. (2002), esmiuçando a temática, afirmam que as pesquisas também indicam que a boa QV nos idosos também está relacionada com variáveis como a habilidade funcional, rede de relacionamentos sociais, principalmente com amigos, participação social, sentir-se útil, ter suporte social, nível econômico, nível de adaptação, autocontrole e autoeficácia, estado de ânimo e autoestima, percepção do controle da própria vida, tendências para otimismo ou pessimismo, crenças, valores sociais, aspirações e expectativas na vida. Entre tantas facetadas os autores

reportaram durante sua leitura que a avaliação pessoal subjetiva do bem-estar e da saúde parecem ser os fatores que possuem maior influência nos resultados finais dos níveis de QV do que os fatores sociodemográficos e econômicos.

No geral, parece que a QV com os passar dos anos tende a diminuir, sendo a idade, também, um fator importante que influenciar seus níveis (Llobet & Ávila, 2011; Selai & Trimble, 1999; Shepard, 2003; Hernández citado por Mora, Villalobos, Araya & Ozols, 2004).

Esse fato é muitas vezes relatado por algumas pesquisas que avaliam a QV baseada no ajuste dos anos, com intuito de obter valores sobre o impacto das políticas de saúde utilizadas pelos sistemas de saúde nacionais, chegando ao denominador do “capital de saúde” que, segundo García-Altés et al. (2006), é o valor que tem a saúde sobre os aspectos da esperança de vida e da qualidade de vida relacionada à saúde.

Segundo Llobet e Ávila (2011), a idade influencia a QV devido as alterações que ocorrem na percepção e satisfação do bem-estar, isso porque as necessidades e aspirações se alteram dependendo da fase evolutiva que o indivíduo se encontra.

Na pesquisa desenvolvida por García-Altés et al. (2006), verificou-se QV diminuiu a medida que a idade aumentou.

Em contrapartida, Sousa et al. (2003) concluíram através do estudo realizado com 1.665 idosos com idade igual ou superior a 75 anos, que a grande parte dos idosos apresentaram uma QV positiva. No entanto, um dado importante sobre este estudo que deve ser mencionado é que o questionário utilizado para avaliar a QV (EASY care) possui 26 variáveis, e quando feita a análise fatorial foi verificado 4 fatores, e entre eles os dois fatores com maior coeficiência interna eram caracterizados por avaliar aspectos físicos (atividades de vida diária e mobilidade), o terceiro fator (relatado pelos autores que precisa ser revisado) com duas entre as três variáveis que o constitui, avaliavam aspectos psicológicos (depressão e solidão) e o quarto fator, com os valores mais baixo para o α de Cronbach, avaliava aspectos da audição e fala (habilidades sensoriais).

O fato é que devemos estar atentos a esses resultados descritos sobre a análise fatorial, pois quando somando a exclusão de 311 sujeitos, que representava 18,7% do total da amostra (uma das limitações apresentadas pelos autores) por

apresentarem limitações cognitivas moderada a grave ou muito dependentes podemos fazer algumas indagações como: levando em consideração que o questionário avalia grande parte de variáveis físicas, será que aqueles que foram excluídos por terem um alto grau de dependência, justamente níveis baixos de funcionalidade, se fossem incluídos no estudo não afetariam os resultados finais da QV? Será que se o questionário abrangesse os outros domínios que constituem o constructo da QV o resultado seria o mesmo? Será que a inclusão de variáveis que avaliassem outras facetas somado a inserção do grupo com alto nível de dependência na análise, alteraria os resultados?

A primeira instância, provavelmente, as respostas a essas perguntas seriam positivas, entretanto como existe possibilidade de equivocções, se faz necessário ao menos trazermos essas reflexões sobre tais circunstâncias.

Sobre as diversas variáveis que rodeiam a QV dos idosos, Spirduso (2005) nos traz alguns fatores que interagem entre si e que afetam a QV dessa população, principalmente nos mais debilitados, sendo eles: fatores sociais e sexuais; cognitivos e emocionais; físicos; satisfação com a vida e sensação de bem-estar; condição de saúde; energia e vitalidade; recreação e condição econômica.

Podemos visualizar na figura 6 como se dá a interação entre esses fatores:

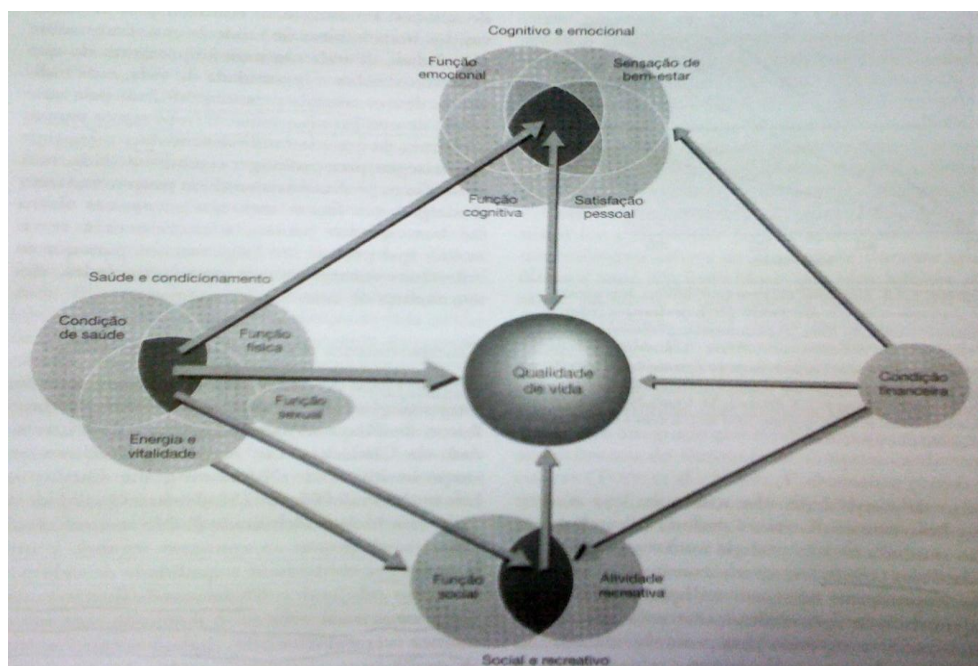


Figura 6: Fatores que afetam a qualidade de vida (Spirduso, 2005).

Entre os diversos fatores, Blane et al. (2008) em sua leitura verificaram que existe um grande número de estudos que averiguaram que existe uma forte associação entre a qualidade de vida e a saúde relatada pelo sujeito. Walker (2006) apresenta justamente, que para a avaliação pessoal de uma boa qualidade de vida, os idosos valorizam a percepção individual do nível de saúde, como também a ausência de depressão, otimismo pessoal e a manutenção das capacidades cognitivas.

No estudo de Jabaloyas, Zaragoza, Cortes, Zaragora, Salom e Nuez (2011), que trabalhavam com variáveis fisiológicas, os autores verificaram que a diminuição de testosterona livre (TLC) e sulfato de dehidroepiandrosterona (S-DHEA) estavam relacionados com índices mais baixos de QV em homens idosos, sendo que o último hormônio apresentou uma relação direta entre os níveis plasmáticos de S-DHEA e os scores de QV. Neste mesmo estudo foi observado que a idade foi a variável mais importante na associação com a percepção da QV.

Ainda em relação aos aspectos fisiológicos e QV, Blane et al. (2008) através de análises dos resultados do projeto *English Longitudinal Study of Ageing* (ELSA), entre os anos de 1998 e 2001, afirmam que a limitação funcional, mensurada através da função pulmonar e índice de massa corporal, é um importante fator entre relação da dimensão física e a QV. Outro dado pertinente apontado pelos autores é que a depressão clínica parece ser um importante mediador entre limitação funcional e QV, ou seja, quando os sujeitos apresentam um nível de depressão baixo ou nulo, a dimensão física tem menor influência negativa os níveis de QV.

No geral, a qualidade de vida na velhice tem sido associada, muitas vezes, a questões de dependência e autonomia, contudo aqui também é necessário lembrar que velhice não é sinônimo de dependência.

Neste contexto, Sousa et al. (2003) destacam que é importante diferenciar os “efeitos da idade” de patologia, e que o elemento “dependência” não é um fator que ocorre apenas nesta fase da vida.

O que estamos observando ao longo do presente estudo é que o envelhecimento traz consigo algumas mudanças celulares e estruturais específicas dessa etapa do desenvolvimento humano, o que leva a probabilidade de aumentar a

o surgimento de algumas limitações físicas e por consequências psíquicas e sociais. Este efeito não é necessariamente unidirecional, ou seja, alterações de ordem social podem afetar os domínios físicos e psicológicos, como também alterações psicológicas podem afetar os domínios sociais e físicos em qualquer indivíduo.

Esse processo de convergências ligadas à QV terá uma resultante que depende em grande parte do processo de adaptação que cada indivíduo possui para enfrentar as mudanças. No caso dos idosos, a quantidade de situações geradoras de mudanças é constante e fortemente presentes em sua rotina e em todos os parâmetros de sua vida, o que explica em grande parte que os resultados sejam negativos, como observado nos estudos apresentados neste subcapítulo.

4.3 Exercício Físico e Qualidade de Vida no Idoso.

Devemos lembrar que o exercício físico (EF) deve ser visto sobre um prisma da dimensionalidade, uma vez que, se realizado forma qualificada, competente, responsável e ética, ele pode causar mudanças de estruturas físicas e psicossociais.

Sobre a relação específica com a qualidade de vida (QV), Spirduso (2005) afirma a atividade física constante pode melhorá-la em consequência da melhoria da função física, levando o indivíduo a continuar participando, ao que autor chamou, de “experiências de vida enriquecedoras”.

Para Shepard (2003) um programa de EF pode ser considerado um tratamento, e para o autor qualquer tratamento pode melhorar uma dimensão da QV.

Segundo Matos e Sardinha (1999), existem indícios que o EF parece melhorar a qualidade de vida associada à saúde, ocorrendo através do aumento da disponibilidade física em pessoas com debilidade funcional e também bem-estar psicológico geral como consequência da melhora física.

Chodzko-Zajko (2006) afirma que as evidências mostram que o EF oferece oportunidades para extensão dos anos ativos de vida independente do indivíduo e diminuindo distúrbios, e por consequência, incrementando a qualidade de vida em sujeitos idosos.

O mesmo é visto no trabalho de Araújo e Araújo (2000), que através do levantamento de dados na literatura, observaram que o EF está associado positivamente a prevenção e reabilitação de doenças e saúde mental. Programas de promoção à saúde também auxiliam a catalisar comportamentos saudáveis estimulando mudanças de cunho social e psicológico, dessa maneira ocorre uma interdependência entre as variáveis que melhoraram com o exercício físico, sendo o que o autor chamou de evidências diretas, como melhora das capacidades físicas (diminuindo limitações motoras), e indiretas, que relacionam à outros fatores como melhora do bem-estar, dos relatos de sintomas físicos, da função cognitiva e social.

No âmbito de como a QV na velhice, Mora et al. (2004) realizou um estudo envolvendo os benefícios percebidos do exercício físico em 152 idosos, ao final verificaram que os homens idosos responderam com maior frequência que se sentiam mais (re)animados e aliviados das dores, já as mulheres no geral responderam que se sentiam menos tensas, mais alegres e com mais energia. Aqui vale ressaltar o fato das variáveis serem percebidas pelos indivíduos, o que resulta, segundo os autores, no aumento também a percepção positiva de si mesmo, característica importante para a melhoria da QV.

No estudo longitudinal realizado por Balboa-Castillo et al. (2011), com uma amostra com o total de 1.097 sujeitos, com média de 70,3 anos, verificaram que os indivíduos que apresentavam maiores índices de gasto energético por semana (26.3 MET-hr/week) tinham valores maiores em todos os domínios avaliados da QV, que no caso deste estudo eram “aspectos emocionais”, “saúde mental”, “capacidade funcional”, “limitação por aspectos físicos”, “dor”, “estado geral de saúde”, “vitalidade e aspectos sociais”.

4.4 Mensuração da Qualidade de Vida.

O desenvolvimento dos instrumentos genéricos para avaliar a qualidade de vida surgiram nos inícios dos anos 70 e continuam até hoje (Wood-Dauphinee, 1999). No início dos anos 80 apareceram muitos estudos que desenvolveram os “perfis de saúde” como SF-36.

Foi constatado em nossa leitura que boa parte dos artigos que estudam o impacto de algumas variáveis sobre a QV, muitas vezes não utilizam instrumentos específicos para tal objetivo.

O que uma grande parte dos estudos fazem é avaliar um elemento de um domínio ou uma das facetas que constitui a QV e logo generalizar os resultados, como no estudo de Klocek et al. (2005) que utilizou o *Psychological General Well-Being* (PGWB) para avaliar a QV em grupos com indivíduos com insuficiência cardíaca após a intervenção cirúrgica com metodologias de treinamento diferentes.

Verificamos que o mesmo ocorre no trabalho de Ferreira e Santos (2012) que utilizaram a escala de *Ditrovie* para avaliar a QV em mulheres com incontinência urinária, e essa não avalia a QV e sim uma faceta relacionada à ela.

Parece que a utilização desses questionários “específicos de função” são úteis para verificar algumas alterações de ânimo, entretanto é difícil transpor os dados obtidos por eles para um aumento total da QV (Shepard, 2003).

Schwartzmann (2003) também atenta para esta situação, afirmando que muitos investigadores tomam um enfoque operativo e sugerem que seus instrumentos meçam o constructo da QV, entretanto o que realmente medem é um ou alguns dos aspectos da capacidade do indivíduo, do que ele sente ou prefere. O autor ainda afirma que os instrumentos estão mais centrados nas propriedades psicométricas, como por exemplo, a confiabilidade, do propriamente explicar o modelo conceitual de que partem.

Pensando em todas essas questões que vimos até o presente, a problemática da conceitualização e da avaliação da QV, em 1991 a OMS cria um grupo multicultural de estudiosos na área da QV, que acabam por ampliar a definição do que é QV e também desenvolver alguns instrumentos para avaliá-la como o WHOQOL-Bref e outros alguns mais específicos para determinadas populações como WHOQOL-Old. A seguir, iremos apresentar tais questionários desenvolvidos pela OMS para avaliar a qualidade de vida geral.

4.4.1 WHOQOL-Bref

O WHOQOL-Bref é a versão abreviada do WHOQOL-100, ambos desenvolvidos pela OMS. Estes instrumentos segundo Wood-Dauphinee (1999), foram criados por essa organização com um intuito de ampliar o contexto de saúde, visando estimular uma reflexão também sobre o foco holístico.

Fleck et al. (2000) afirmam que não havia, até então, nenhum instrumento que avaliasse a qualidade de vida em uma perspectiva transcultural para o uso internacional.

WHO (1997) afirma que os instrumentos foram construídos com foco na percepção do indivíduo sobre seu bem-estar, com o objetivo de mudar o foco da avaliação do impacto de uma doença, que até então era apenas sobre o prisma dos aspectos fisiológicos, para uma visão mais global e pessoal que envolve diversos aspectos subjetivos, como por exemplo, a forma em que uma doença pode influenciar nas relações sociais e/ou capacidade de trabalho e como o indivíduo “enxerga” isso.

O WHOQOL-100 foi desenvolvido 1992 em um projeto de nível mundial que contou com 15 centros colaboradores para o estudo piloto (Austrália, Croácia, Espanha, Estados Unidos da América, França, Holanda, Índia – Nova Delhi e Madras, Israel, Japão, Panamá, Reino Unido, Rússia, Tailândia e Zimbábwe) (WHO, 1997; WHOQOL Group, 1998^b).

Cada centro teve como mínimo uma amostra de 300 sujeitos, sendo que todas elas deveriam ter como pré-requisitos de inclusão que 50% deveriam ser homens, metade da amostra deveria ter menos que 45 anos e a outra metade deveria ter mais de 45 anos, das 300 pessoas, 250 deveriam ter alguma doença ou impedimento e 50 deveriam ser consideradas saudáveis (WHOQOL Group, 1998^b).

O WHOQOL-100 tem 100 itens e 6 domínios (domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais). Em sua versão abreviada, o WHOQOL-Bref, o instrumento passa a ter 26 itens, no qual dois itens avaliam a qualidade de vida geral e 24 itens avaliam quatro domínios (físico, psicológico, social e meio ambiente).

A versão abreviada, WHOQOL-Bref foi desenvolvida, segundo Skevington,

Lotfy e O'Connell (2004), através de 24 centros colaboradores provindos de 23 países (Argentina, Alemanha, Austrália, Brasil, Bulgária, China, Croácia, Grécia, Espanha, Holanda, Hungria, Inglaterra, Israel, Itália, Índia - Madras e New Delhi, Japão, Malásia, Nigéria, Noruega, Romênia, Rússia e Turquia). Atualmente este instrumento já foi traduzido para mais de 50 línguas (Kalfoss et al., 2010).

Como resultado do projeto, considerou-se que cada uma das 24 facetas, representada anteriormente por quatro perguntas no WHOQOL-100, passa a ser representada por apenas uma questão no WHOQOL-Bref, como podemos verificar na figura 7.

Uma das vantagens deste instrumento descrito no WHO (1997), é que ele pode ser autoadministrado no caso dos sujeitos da pesquisa possuírem habilidades para tal, caso contrário a aplicação pode ocorrer também através do auxílio do entrevistador/pesquisador ao indivíduo durante o preenchimento ou então administrando o questionário por completo (*interviewer-assisted; interviewer-administered*).

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

Figura 7: Domínios e facetas do WHOQOL-Bref (Fleck, et al., 2000).

Em Portugal o questionário foi validado pelo grupo de WHOQOL português, vinculados à Universidade de Coimbra. O estudo de validação teve uma amostra de um total de 604 sujeitos. (Vaz Serra et al., 2006^b).

4.4.2 WHOOL-Old

Após a criação e validação dos instrumentos WHOQOL-100 e de sua versão reduzida, o WHOQOL-Bref, os pesquisadores do WHOQOL Group, começaram a questionar se os aspectos da qualidade de vida geral eram os mesmos para grupos mais específicos como no caso, por exemplo, dos idosos, e se esses dois questionários iniciais também abordavam os domínios pertinentes para essa população. O que era extremamente importante como estamos podendo ver ao longo deste trabalho de pesquisa, devido as diversas alterações biopsicossociais durante todo o processo de envelhecimento.

Surge então, em 1999, o projeto da OMS focado na criação de um instrumento específico para avaliar a qualidade de vida geral em idosos. Este projeto foi financiado pela *European Commission Fifth Framework*, QLRT-2000-00320, e contava com grupos focais distribuídos pelos 22 centros colaboradores (Alemanha, Austrália, Brasil, Canadá, China – Gangzhou e Hong Kong, Dinamarca, Escócia, Espanha, Estados Unidos da América, França, Hungria, Inglaterra, Israel, Lituânia, Japão, Noruega, República Checa, Suíça, Suécia, Turquia e Uruguai). Cada centro possuía quatro grupos focais, que deveriam ter números aproximados entre os dois subgrupos de idade (de 60 até 80 anos e acima de 80 anos), homens e mulheres e doentes e saudáveis, um grupo vinculado a cuidadores e outro com profissionais da área da saúde que trabalhavam diretamente com idosos. (The WHOQOL-OLD, 2007).

A análise de campo foi realizada com uma amostra total de 5.566 sujeitos de provindos dos centros colaboradores, variando entre um mínimo de 116 indivíduos de Edimburgo- Escócia, e de 455 indivíduos de Umea- Suécia (Power, Quinn, Schmidt & The WHOQOL-OLD Group, 2005; The WHOQOL-OLD, 2007).

O instrumento tratou por abordar mais seis dimensões, chamadas pelos autores de facetas, pertinentes para a qualidade de vida específica em idosos. Elas

são “habilidades sensoriais” (HS), “autonomia” (AUT), “atividade passada, presente e futura” (PPF), “participação social” (PSO), “morte e morrer” (MM) e “intimidade” (INT). Na figura 8 podemos verificar os aspectos abordados em cada faceta.

Facets		Items
Facet I	Sensory abilities	Impairments to senses affect daily life Loss of sensory abilities affect participation in activities Problems with sensory functioning affect ability to interact Rate sensory functioning
Facet II	Autonomy	Freedom to make own decisions Feel in control of your future People around you are respectful of your freedom Able to do things you'd like
Facet III	Past, present and future activities	Satisfied with opportunities to continue achieving Received the recognition you deserve in life Satisfied with what you've achieved in life Happy with things to look forward to
Facet IV	Social participation	Have enough to do each day Satisfied with the way you use your time Satisfied with your level of activity Satisfied with your opportunity to participate in the community
Facet V	Death and dying	Concerned about the way you will die Afraid of not being able to control death Scared of dying Fear pain before death
Facet VI	Intimacy	Feel a sense of companionship in life Experience love in your life Opportunities to love Opportunities to be loved

Figura 8: Facetas e itens da versão final do WHOQOL-Old (Fleck et al., 2006).

Este instrumento foi validado para a língua portuguesa pelo grupo WHOQOL do Brasil, ligado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Entretanto, até o presente momento não existe nenhum artigo com os dados da validação deste instrumento para o português europeu.

Como afirma Vaz Serra et al. (2006^a) é necessário adaptar e validar para a população portuguesa o instrumento que já foi validado para o português do Brasil, uma vez que existem diferenças linguísticas e culturais.

5. METODOLOGIA

5.1 Caracterização do estudo

O presente trabalho na relação temporal é um estudo transversal, de natureza descritiva onde segundo Mattos, Rosseto Jr. e Blecher (2004), é caracterizado por

ser um método descritivo e exploratório tendo como o objetivos observar, registrar, analisar, descrever, fatos ou fenômenos sem os manipular.

Trata-se de uma pesquisa correlacional, onde não iremos manipular as variáveis dependentes, levantando os dados através de medições com intuito de procurar relação entre as mesmas.

5.2 Caracterização da amostra

A amostra foi dividida em dois grupos de aleatória, ativos e sedentários, sendo composta com o total de 141 indivíduos de ambos os gêneros, com idade mínima de 60 anos completos ano de 2012.

O grupo ativo foi composto fundamentalmente pelos sócios dos ginásios maiores do conselho de Coimbra.

O grupo sedentário foi composto, em sua maioria, por indivíduos institucionalizados e frequentadores do centro de dia do Distrito de Coimbra.

Para entrar no grupo considerado “idoso ativo” foram selecionados os indivíduos que contemplaram requisitos pré-estipulados de não ter interrompido o programa de exercício físico no mínimo três consecutivos e realizar exercício físico pelo menos 2 vezes por semana.

O critério de exclusão foram sujeitos classificados, segundo Spirduso (2001), como indivíduos com alto grau de dependência de terceiros para realização de atividades diárias de vida básicas (alimentação, higiene pessoal, vestir roupa etc) e ter alguma doença degenerativa grave diagnosticada recentemente (últimos 2 meses) que estivesse impossibilitado de se comunicar, impedindo de expressar sua resposta.

5.3 Descrição dos instrumentos de medidas

Na ficha descritiva, continha itens para colocar dados como género, estado civil, data de nascimento, patologias, medicamentos e dosagem que toma

atualmente, se pratica ou não atividade física regular, tempo (meses) de prática regular de atividade física, tipo e duração (em minutos) de atividade(s) praticada(s). Havia perguntas fechadas e abertas.

Para avaliar a Autoestima utilizamos o questionário de Rosenberg (1965) adaptado por Ferreira (2001) que contém 10 perguntas fechadas com 4 opções de respostas (concordo plenamente, concordo, discordo e discordo plenamente), sendo que 5 das questões são de aspectos positivos e as outras 5 de aspectos negativos sobre o *self*.

Para avaliar a qualidade de vida utilizamos dois questionários que se complementam, criados pela Organização Mundial da Saúde - OMS, ambos caracterizados por perguntas fechadas e com escala de Likert (1 a 5). O primeiro será o WHOQOL-Bref, a versão abreviada do original WHOQOL-100, composto por 26 questões, sendo 2 gerais e as demais divididas em 4 domínios: Social (S), Ambiental (A), Físico (F) e Psicológico (P).

Tabela 1: Fatores teóricos e respectivos itens do WHOQOL-Bref.

Domínios	Itens teóricos
Físico	3, 4, 10, 15, 16, 17, 18
Psicológico	5, 6, 7, 11, 19, 26
Social	20, 21, 22
Ambiental	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25

O segundo questionário utilizado foi uma adaptação da escala WHOQOL-Old original para o português europeu, que complementa o questionário WHOQOL-Bref no âmbito das características da população estudada, composto por 24 itens atribuídos a seis facetas: “Funcionamento do Sensório” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF), “Participação Social” (PSO), “Morte e Morrer” (MEM) e “Intimidade”(INT).

Tabela 2: Fatores teóricos e respectivos itens do WHOQOL-Old.

Facetas	Itens teóricos
Habilidades Sensoriais	1, 2, 10, 20
Autonomia	3, 4, 5, 11
Atividades Passado, Presente e Futuro	12, 13, 15, 19
Participação Social	14, 16, 17, 18
Morte e Morrer	6, 7, 8, 9
Intimidade	21, 22, 23, 24

Para tratamento dos dados, utilizamos o Software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 11.

5.4 Local de coleta dos dados

O local de coleta dos dados foram os ginásios Holmes Place, Phive e Fit & Fun, Centro de Dia 25 de Abril, Fundação Freire, Asilo Quinta Verde e Igreja Adventista do Sétimo dia.

5.5 Procedimentos de coleta e análise

Primeiramente, os questionários de qualidade de vida (WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old) foram adaptados do português do Brasil para o português de Portugal, onde foi consultado um professor Doutor da Universidade de Coimbra e um Mestre formado na Universidade de Coimbra na área de línguas. Depois de feitas as devidas alterações no questionário foi aplicado a 10 sujeitos aleatórios, sendo 6 idosos e 4 adultos. Verificamos as aporções dos mesmos, atentos para identificar eventuais dúvidas sobre a gramática ou sobre o sentido das perguntas.

Com as devidas alterações, iniciamos o processo de contacto inicial com as instituições e sujeitos voluntários para aplicação dos questionários.

Foram contactadas no total de 20 instituições através de e-mail, telefone e pessoalmente. Entre elas, ginásios, residências para idosos (asilos), igrejas, Centros de Saúde e centros de dia. Entre todas as instituições contactadas, apenas sete instituições aceitaram participar do projeto.

Após o primeiro contacto, foi entregue o consentimento de livre esclarecimento às instituições (Anexo I). Com a autorização das instituições foram entregues aos sujeitos e dada informação sobre o consentimento de livre esclarecimento para os sujeitos participantes do estudo (Anexo II) e posteriormente a bateria de questionários composta pela ficha descritiva (Anexo III), Escala de Autoestima (Anexo IV), questionário WHOQOL-Bref (Anexo V) e questionário WHOQOL-Old (Anexo VI).

Os questionários foram respondidos através de autoadministração, auxílio do entrevistador e aplicação total do entrevistador. Foram utilizados o total de 275 questionários (entre entregues e aplicados pelo pesquisador) retornando 175, no qual 141 foram utilizados para o tratamento estatístico por preencherem os requisitos mínimos.

Para a realização do tratamento dos dados, primeiramente contactamos o prof^o Dr^o Fleck (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) e Dr. Power (Universidade de Endiburgo), ambos membros do *WHOQOL Group*, para esclarecer eventuais dúvidas sobre a imputação e tratamento dos dados dos questionários WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old.

Aclarada tais dúvidas, realizamos a análise do dados, onde calculamos a normalidade da amostra através do teste de *Kolmogorov-Smirnov* para as variáveis contínuas, posteriormente realizamos a análise psicométrica para a validação exploratória dos instrumentos WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old na população idosa portuguesa, através da Análise dos Componentes Principais. Utilizamos inicialmente os valores obtidos através dos cálculos de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) para verificar a adequação da amostra e o *Bartlett's test of the sphericity* para verificar a correlação das variáveis e o índice *Measure Sampling Adequacy* (MSA) calculado através da matriz anti-imagem que verifica a adequação da amostra para cada variável/item (Field, 2009), Alpha de Cronbach da escala, dos itens em relação a escala e dos fatores extraídos para ver a fidelidade das escalas, teste *t* de Student e teste de correlação de Pearson para verificar a validade discriminante e do constructo, respectivamente.

Após a análise psicométrica utilizamos na estatística descritiva para verificar as demais hipóteses do estudo, utilizando cálculos de média, desvio padrão, frequência relativa e frequência absoluta, e para a estatística de contraste utilizamos os testes paramétricos e não paramétricos.

Para todos os resultados obtidos consideramos o nível de significância de $p \leq 0,05$. Para verificar a magnitude dos resultados, principalmente quando significativos, realizamos o cálculo de *effect size* (r), analisado com base nos valores apresentados por Field (2009): 0,10 efeito pequeno; 0,30 efeito médio; e 0,50 efeito grande.

6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.

6.1 Resultados descritivos da amostra.

Neste subcapítulo iremos apresentar os resultados descritivos da amostra do presente estudo. As variáveis descritas serão: gênero, estado civil, patologias, idade, exercício físico, tipo de exercício físico praticado e quantidade de tipos de exercício físico praticado.

A tabela 3 se refere aos valores de média e desvio padrão da variável “idade”, no qual a amostra total teve média de 69,47 anos, sendo de 69,14 anos a média masculina com idade máxima compreendida em 86 anos, a mínima de 60 anos e desvio padrão de 6,95 anos, e a média de idade feminina de 69,9 anos com o máximo de 87 anos, mínimo de 60 anos e desvio padrão de 8,49 anos.

Tabela 3: Valores de média e desvio padrão da idade da amostra em função do gênero.

	N	M	MA	MI	DP
Masculino	80	69,14	86	60	6,951
Feminino	61	69,90	87	60	8,498

Legenda: N (número total de sujeitos), M (média), MA (Máximo), MI (mínimo) e DP (desvio padrão).

A amostra foi dividida, posteriormente, para tratamento dos dados em três grupos etário: dos 60 aos 64 anos com 43 indivíduos; dos 65 aos 74 anos com 62 indivíduos; e com mais de 75 anos com 36 indivíduos da amostra total.

Tabela 4: Valores de frequência do género em função do estado civil.

	Masculino	Feminino	FR %	FA %
SO	3	9	8,7	8,7
CA	63	31	68,1	76,8
DI	7	6	9,4	86,2
VI	4	15	13,8	100

Legenda: SO (solteiro/a), CA (casado/a), VI (viúvo/a), DI (divorciado/a), FR (frequência relativa em percentagem) e FA (frequência acumulada).

Em relação ao estado civil, na tabela 4, verificamos que a amostra é caracterizada, pela maioria de indivíduos casados, representados por 68,1% (94 pessoas) da amostra total, seguidos de viúvos com 13,8% (19 pessoas), divorciados com 9,4% (13 pessoas) e solteiros com 8,7% (12 pessoas).

É importante ressaltar que 49,2% das mulheres da presente amostra assinalaram opções que, subentende-se, não possuem um parceiro sentimental, sendo apenas que 18,2 % dos homens se encontram na mesma situação.

Em relação a variável “exercício físico”, verificamos na tabela 5 que 64 homens e 37 mulheres declararam praticar exercício físico regular, e 16 homens e 24 mulheres declararam não praticar nenhum tipo de exercício físico ou o faz de maneira irregular. Deste modo, a amostra foi constituída por 71,6% de idosos activos e 28,4% de idosos sedentários.

Tabela 5: Valores de frequência da variável exercício físico regular em função do género.

	Ativos	Sedentários	FR %
Masculino	64	16	56,74
Feminino	37	24	43,26
Total	101	40	

Legenda: N (número total de sujeitos) e FR (frequência relativa em percentagem).

Acerca da incidência de cada uma na amostra, observamos que o colesterol LDL elevado e hipertensão (ver gráfico 1 e 2) foram as doenças mais relatadas tanto no grupo de pessoas ativas fisicamente quanto sedentárias. Na tabela 6, podemos

verificar que maioria das pessoas em nossa amostra, cerca de 46,8% do total, apresentavam entre 2 e 3 patologias.

Observamos também que houve um aumento, em percentagem, de pessoas com maior número de patologias entre as idades de 60-64 anos para a com mais de 75 anos, sendo que 65,11% das pessoas do primeiro grupo tinham mais de duas patologias relatadas e no segundo grupo esse valor é representado por 88,88% das pessoas.

Tabela 6: Valores de frequência da idade em função do número de patologias.

	N	60-64 anos	65-74 anos	+75 anos	FR	FA
0-1 patologias	42	15	23	4	29,8%	29,8%
2-3 patologias	66	19	28	19	46,8%	76,6%
4 ou + patologias	33	9	11	13	23,4%	100%

Legenda: N (número total de sujeitos), FR (frequência relativa em percentagem) e FA (frequência acumulada em percentagem).

Em relação à incidência das patologias em cada grupo (ativos e sedentários), podemos constatar algumas semelhanças e diferenças entre eles.

No gráfico 1, notamos que as doenças relatadas pelos idosos que pertenciam ao grupo ativo foram o colesterol elevado, hipertensão, doenças cardíacas, diabetes, osteopenia, obesidade, depressão, osteoporose, artrose, cancro, hérnia discal, dislipidemia, arritmia cardíaca, bronquite, hiperplasia benigna da próstata entre outras. Os valores mais elevados foram de hipertensão com 48,5%, do LdL elevado com 43,6% e da artrose com 17,8% e os valores menos representativos foram de bronquite com 2%, dislipidemia com 4% e cancro, osteoporose e osteopenia com 5% cada.

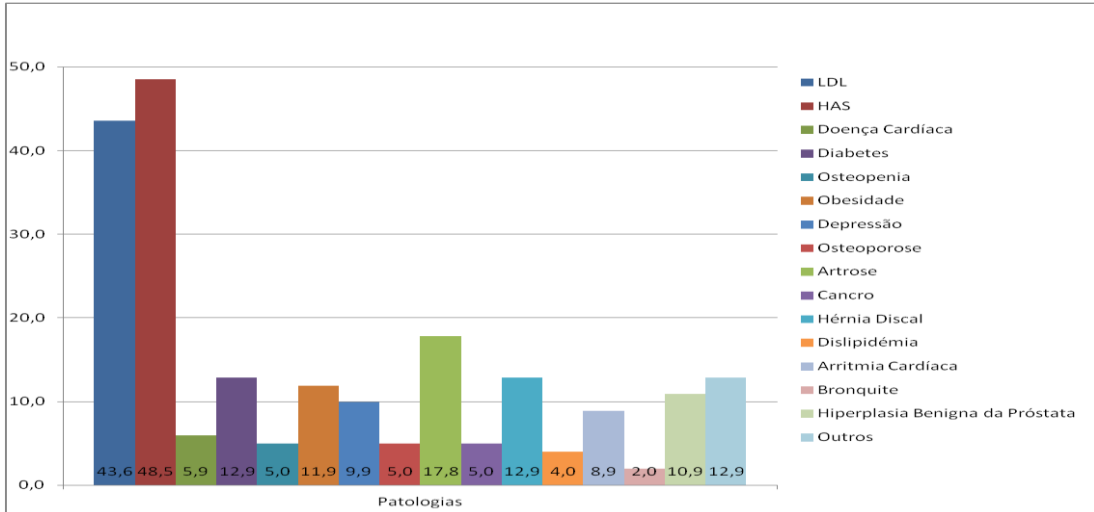


Gráfico 1: Incidência em percentual de patologias no grupo ativo.

O gráfico 2, referente ao grupo de idosos sedentários, constatamos que as doenças declaradas foram colesterol elevado, hipertensão, diabetes, obesidade, depressão, osteoporose, artrite, cancro, hérnia discal, dislipidemia, arritmia cardíaca, bronquite, hiperplasia benigna da próstata entre outras. Os valores mais elevados foram de hipertensão com 50%, da artrose com 43% e do LdL elevado com 35%, e os valores menos representativos foram de bronquite com 3%, hérnia discal e dislipidemia com 8% cada e cancro e hiperplasia benigna da próstata com 5% cada.

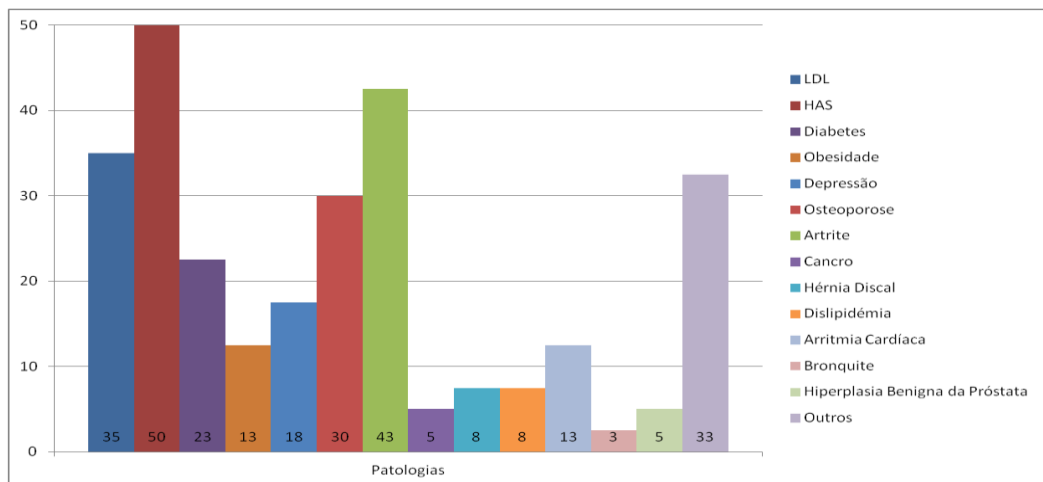


Gráfico 2: Incidência em percentual de patologias no grupo sedentário.

As características do grupo ativo foram apresentadas até o momento através do género, do número de incidência de patologias informadas e agora também

apresentamos na tabela 7, o perfil do tempo de adesão à prática de exercício físico (EF). Averiguamos que a grande maioria da amostra já pratica algum tipo de EF há mais de 12 meses destes 68,7% eram representados por idosos e 49,2 % por idosas totais da amostra, ou seja, 85 das 141 das pessoas, ou 60,3% da amostra do presente estudo treinavam há mais de 12 meses.

Tabela 7: Valores de frequência do gênero em função do tempo de prática de exercício físico.

	Masculino			Feminino		
	N	FR %	FA %	N	FR %	FA %
SED	16	18,8	18,8	24	39,3	39,3
De 3 a 6 meses	6	7,5	26,3	2	3,3	42,6
De 6 a 12 meses	4	5,0	31,3	5	8,2	50,8
Mais de 12 meses	55	68,7	100	30	49,2	100

Legenda: SED (Não realiza exercício físico regular ou o faz a menos de três meses), N (número absoluto de sujeitos), FR (frequência relativa em percentagem) e FA (frequência acumulada).

Para a avaliação quantitativa de atividades desenvolvidas pelos entrevistados, foi proposta, para o grupo ativo, a determinação de 5 subgrupos (tabela 8) dos quais 82,2% (85 pessoas) praticavam exercícios aeróbicos, 36,7% (37 pessoas) praticavam exercícios de força, 32,7% (33 pessoas) exercícios físico na piscina, 54,5% (54 pessoas) participavam de aulas de grupo e apenas 4,9% (5 pessoas) praticavam algum tipo de desporto.

Tabela 8: Número de pessoas ativas que compõe os subgrupos do tipo de exercício físico praticado.

	N	Sim	Não	FR %
Exercícios aeróbicos	101	85	16	82,2
Exercícios de força	101	37	64	36,7
Aulas de grupo	101	33	68	32,7
Piscina	101	54	47	54,5
Desporto	101	5	96	4,9

Legenda: N (número total de sujeitos) e FR (frequência relativa em percentagem).

Na tabela 9 verificamos que no grupo ativo 24,76% (24 pessoas) responderam que praticam apenas um tipo de exercício físico (EF), 47,52% (48 pessoas) praticam dois tipos de EF, 27,72% (28 pessoas) praticam três ou mais tipos de EF na semana.

Tabela 9: Número de pessoas ativas que compõe os subgrupos do número de exercício físico praticado por semana em função do tempo de prática.

	3-6 meses	6-12 meses	+ de 12 meses	Total
UTE	3	6	15	24
DTE	3	1	44	48
TMTE	2	2	24	28

Legenda: UTE (um tipo de exercício físico), DTE (dois tipos de exercícios físicos) e TMTE (três ou mais tipos de exercícios físicos).

A maioria da nossa amostra respondeu realizar dois tipos de exercício físico com regularidade.

6.2 Análise Psicométrica dos instrumentos WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old

Foi realizado um estudo de natureza psicométrica para avaliação da dimensionalidade dos instrumentos WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old, recorrendo análise fatorial exploratória dos componentes principais através da rotação promax. Subdividimos a apresentação dos dados e discussão de cada questionário para facilitar a leitura e compreensão das tomadas de decisão.

6.2.1 Escala Whoqol-bref – Análise dos componentes principais.

Para verificar a adequação da amostra para realizar a análise dos componentes principais, verificamos que o teste de *Kaiser-Meyer-Oiklin* (KMO) apresentou valores de 0,832, e o de *Bartlett's test of Sphericity* valores de $X^2=$

1663,952 com $p= 0,000$. Esses valores nos permitiram realizar a análise fatorial exploratória (Field, 2009).

Índice Measure Sampling Adequacy (MSA)

O índice MAS é encontrado através da diagonal da matriz de correlação e covariância anti-imagem e varia entre 0 e 1. Ele é importante para relatar a importância dos itens na escala.

Observamos em nossa amostra que os valores apresentados variaram entre 0,908 e 0,681, tendo itens com valores acima de 0,90 (item 2), $> 0,80$ e $< 0,89$ (itens 1, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20 e 26), $> 0,70$ e $< 0,79$ (itens 4, 7, 12, 14, 22, 23, 24 e 25) e $> 0,60$ e $< 0,69$ (item 21). Verificamos que todos os itens em nossa amostra apresentaram valores satisfatórios que segundo Field (2009) deve ser acima de 0.50.

Fiabilidade

Para verificar a fiabilidade, segundo os autores Cronbach (1996), Pasquali (1999^a) e Alchicri e Cruz (2003), utiliza-se a consistência interna.

Anastasi e Urbina (2000), afirmam que através do Coeficiente de Alfa podemos, além da homogeneidade do teste, verificando a variância de erro da amostragem de conteúdo e heterogeneidade de conteúdo, também auxilia na validade de construto.

Dessa maneira, no presente estudo a consistência interna foi verificada pelo Alfa de Cronbach, que obteve para o total da escala do WHOQOL-Bref o valor de 0,905. Alchicri e Cruz (2003) assumem como aceitável já a partir de valores 0,70.

Sobre o coeficiente de correlação do item referente ao total da escala e os valores do coeficiente da escala sem o presente item são apresentados na tabela 10.

Tabela 10: Coeficiente de correlação item-total e alfa de Cronbach (α) se o item for excluído da escala Whoqol-Bref (n=26).

Ítem	CI-T	α IE
1	,565	,902
2	,587	,900
3	,565	,901
4	,412	,905
5	,581	,900
6	,556	,901
7	,443	,903
8	,649	,899
9	,478	,902
10	,620	,900
11	,473	,902
12	,295	,906
13	,390	,904
14	,442	,903
15	,546	,901
16	,458	,903
17	,769	,897
18	,646	,899
19	,648	,900
20	,401	,904
21	,344	,905
22	,492	,902
23	,439	,903
24	,381	,904
25	,439	,903
26	,512	,902

Legenda: CI-T (correlação do item e valor total da escala) e α IE (alfa de Cronbach da escala excluindo o item).

Com os valores os coeficientes de consistência interna item-total $>,2$ e os valores da matriz de correlação anti-imagem $>,5$ aceitou-se todos os itens para seguir a análise através da análise fatorial exploratória.

Para a aceitação de todos os itens os autores como Steves (2009) também aconselham verificar os valores das comunalidades, entretanto o autor afirma que para considerar os resultados para a eliminação de algum item a amostra deve conter no mínimo 200 pessoas. Dessa maneira apenas relatamos, uma vez que

também se trata de um estudo exploratório, que para nossa amostra as comunalidades dos itens do WHOQOL-Bref variaram entre 0,814 e 0,479, apresentando um valor médio de 0,647.

Análise dos Componentes Principais.

Sugere-se que para a realização da análise fatorial que a amostra deve ter no mínimo cinco amostras/sujeitos para cada item. Alguns autores como Hair et al. (2009) e Pascuali (2001) sugerem que o ideal dessa proporção ser de 10 amostras/indivíduos para cada item.

O nosso estudo preenche os requisitos mínimos do “n” da amostra, somando-se aos valores apresentados de KMO e Bartlett, realizamos análise dos componentes principais do questionário WHOQOL-Bref, também conhecida como a análise fatorial exploratória.

Ressaltamos que Pascuali (1999^b) afirma que se faz necessário verificar quantos e quais são os fatores representados na escala em uma nova população, principalmente no que se refere à aplicação de escalas em diferentes países e culturas. O autor ainda enfatiza que sempre que haja pesquisas envolvendo avaliação subjetiva e a amostra apresente os requisitos mínimos, deve-se realizar a análise de fator para verificar se a pesquisa avalia efetivamente o que ela se propõe a avaliar.

Como procedimento inicial para aplicação da análise fatorial na escala WHOQOL-Bref os itens 1 e 2 são omitidos, devido pertencerem ao subdomínio de qualidade de vida geral, e posteriormente rodamos os itens pelo critério de raiz latente de autovalor maior que 1.

Através do método de extração de análise dos componentes principais e método de rotação Promax, obtivemos a solução inicial de sete fatores com autovalor maior que 1 para a Escala de WHOQOL-Bref (Tabela 11) com a variância explicada para tais fatores de 64,75%, porém verificamos que existiram cargas fatoriais cruzadas elevadas, impossibilitando a agrupação dos itens que formam o fator. Verificamos que houve dez itens (5, 10, 13, 16, 17, 19, 21, 22, 23 e 26) com cargas fatoriais cruzadas.

Nas tabelas relacionadas à apresentação dos fatores encontrados na amostra e as respectivas cargas fatoriais para cada item, foram omitidas as cargas fatoriais inferiores a 0.39, quando ocorriam *crossloading*, para facilitar a leitura dos resultados.

Tabela 11: Cargas fatoriais da Escala de WHOQOL-Bref extraídas pelo critério de raiz latente (autovalor >1) rotacionadas pelo método de Promax com normalização de Kaiser.

Ítem	F 1	F 2	F 3	F 4	F 5	F 6	F 7
1							
2							
7	,980						
5	,710						
8	,683						
6	,639						
18	,606						
10	,458	,370					
17	,439	,336					
4		,871					
3		,811					
15		,714					
26		,338	,311				
14			,842				
9			,771				
13	,436		,589				
20				,923			
22				,782			,475
19	,412			,444			
24					,826		
25					,765		
23				,447	,452		
11					,441		
12						,781	
21		,414					,671
16	,359						,414
(% Variância)	31,936	8,164	6,073	5,663	5,180	4,375	4,375
% Variância Acum.	31,936	40,100	46,173	51,836	57,017	61,391	65,603

A cerca da consistência interna, obtivemos a resultante do coeficiente de Cronbach de cada fator, que foi calculado através dos valores de todos os itens que foram extraídos pelo critério de raiz latente, assim os itens que apresentavam cargas cruzadas foram utilizados para o cálculo nos respectivos fatores, em outras palavras,

o resultado da tabela para cada domínio continham todos os itens, tendo itens que se repetiram em mais de um fator.

Tabela 12: Coeficiente de alfa de Cronbach (α) dos fatores extraídos pelo critério de raiz latente (autovalores >1) da escala WHOQOL-Bref

Fatores	α Cronbach
1	0,868
2	0,802
3	0,680
4	0,752
5	0,652
6	0,390
7	0,511

Verificamos na tabela 12 que os fatores 6 e 7 apresentaram os valores de Alfa de Cronbach de 0,390 e 0,511, que segundo os autores Dancey e Reidy (2006) e Field (2009), são valores medíocres, o que reforçava a eliminação de tais fatores.

Assim, realizamos a rotação forçada em quatro fatores para facilitar a análise e posterior discussão dos resultados, uma vez que a escala original em Portugal apresentou, segundo Vaz-Serra (2006^b), para os quatro fatores o valor de 58,8% da variância explicada e em nosso estudo os primeiros quatro fatores apresentavam 51,83% da variância total explicada, valor representativo. Skevington et al. (2004) relataram que os valores entre todos os centros da variância explicada foram de 50 a 81%.

Analisando a variância dos fatores, o coeficiente de Alfa de Cronbach (α) de cada fator e recorrendo a análise gráfica de *Scree Plot* como suporte, observou que o número de fatores poderia ser diminuído para o total de cinco fatores.

Entre os centros implicados na construção e validação do WHOQOL-Bref, segundo Skevington et al. (2004), a maioria deles encontrou de 4 a 6 fatores através do autovalor maior ou igual a um, com o valor total da moda de 5 fatores, e ainda em alguns centros ainda foi encontrado 3 e 7 fatores.

Verificamos na tabela 13, que ainda houve fatores com cargas cruzadas, mas o número foi substancialmente reduzido após a rotação induzida a quatro fatores,

agora apenas cinco itens (6, 7, 10, 19 e 24) apresentam cargas fatoriais cruzadas sendo que em dois itens (7 e 24) as cargas apresentadas são inversas.

Para os itens 6, 7 e 10, verificamos que as cargas fatoriais cruzadas apresentaram, em um dos fatores, valores abaixo de 0,40, o que para Field (2009) não é um valor representativo e que não deveria ser considerado para uma melhor interpretação.

Tabela 13: Cargas fatoriais da Escala de WHOQOL-Bref rotacionadas pelo método de Promax (solução forçada a quatro fatores) com normalização de Kaiser.

Ítem	F 1	F 2	F 3	F 4
1				
2				
7	,897			
18	[,692]			
8	,688]			
17	[,610]			
11	,609			
19	,590		[,467]	
10	[,563]			
5	,525			
6	,486			
16	[,428]			
26	,423			
4		,853		
3		,654		
21		[,604]		
15		,565		
24	[,414]	[-,422]		
20			,814	
23			[,725]	
22			,648	
14				,766
13				,595
9				,578
12				,560
25				,330
(% Variância)	31,936	8,164	6,073	5,663
% Variância Acum.	31,936	40,100	46,173	51,836

Nota: Valores relativos ao *crossloading* entre parêntesis.

Stevens (2009) já diz que os valores dos fatores devem ser analisados a partir do tamanho da amostra, que em nosso caso os dados podemos analisar o intermédio apresentado pelo autor que sugere que em amostras de 100 e 200 indivíduos, os valores representativos deveriam ser de 0,512 e 0,364, respectivamente.

Através dos valores da carga fatorial podemos obter também, segundo Pasquali (2003), Field (2009) e Stevens (2009), o coeficiente de determinação, que representa a percentagem de covariância entre o item e o traço latente.

Stevens (2009) recomenda que a percentagem explicada deva ser de entorno aos 16%, ou seja, a carga fatorial teve ter um valor absoluto de 0,400. Partindo dessa premissa, para melhor interpretação dos dados, consideramos a inclusão do item, que apresenta cargas cruzadas, no fator com a carga fatorial mais elevada, da mesma forma que desconsideramos o mesmo item no fator em que a carga fatorial cruzada apresentava o valor abaixo de 0,40.

O fato de haver itens com a carga fatorial cruzada foi esperado e descrito no estudo do WHOQOL (1998), em que afirmam que a maioria dos itens tiveram cargas maiores que 0,7 no próprio domínio, mas alguns também apresentaram cargas abaixo de 0,4 em outros domínios. Eles mantiveram os itens no domínio que cargas eram mais elevadas.

No que se trata de avaliação subjetiva é de se esperar que alguns itens possam avaliar mais de um traço em algumas pessoas uma vez que não existe uma linearidade de “certo e errado” quando nos referimos ao olhar e interpretação subjetiva do sujeito sobre determinado aspecto, item ou situação. Isso é explicado porque existe uma tendência de resposta ao estímulo, no nosso caso ao item, entretanto essa pode variar de indivíduo para indivíduo, podendo sofrer influência de outras variáveis (temporais, culturais etc.) interferindo por consequência na avaliação do traço latente.

O que se tenta ao construir um questionário ou escala de avaliação subjetiva, é justamente, minimizar ao máximo essas variações individuais. Field (2009) afirma que essa situação de encontrar um item que avalia mais de um traço latente é normal ocorrer.

Considerando o coeficiente de determinação e os valores das cargas fatoriais apresentadas, apenas os itens 19 e 24 ainda podem explicar mais um fator. No caso do item 19, o mantivemos no fator de origem para realizar os cálculos do domínio (absoluto e do coeficiente de Cronbach). Verificamos também que a questão 25 parece não explicar de maneira significativa o domínio 4, devido a carga fatorial apresentada ser de 0,330.

Para o cálculo do coeficiente de alfa de Cronbach, verificamos entre os itens com cargas fatoriais cruzadas os resultados totais com e sem o item, considerando a inclusão do cálculo final (tabela 14) o valor mais alto da carga fatorial que o item apresentou entre os fatores (tabela 13).

Tabela 14: Coeficiente de alfa de Cronbach (α) dos quatro fatores extraídos da escala WHOQOL-Bref

Fatores	α CCI	α CEO
1	0,876	0,877 (s/ 24)
2	0,727	0,654 (c/24)
3	0,696	
4	0,669	0,649 (s/25)

Legenda: α CCI (α Cronbach Com todos os Itens) e α CEO (α Cronbach seguindo Escala Original para itens com cargas cruzadas).

Para facilitar a interpretação dos dados, assumiu-se que a questão 19 pertenceria ao fator 1, pois a correlação do item no fator 1 foi de 0,683 e já no fator 4 foi de 0,552, e uma vez que a carga fatorial mais elevada foi apresentada no fator de origem da escala, utilizamos este ponto como critério fundamental para a manutenção deste item no primeiro fator, da mesma forma que WHOQOL Group (1998) o fez durante a elaboração da escala.

Observamos também no presente trabalho através da análise psicométrica, que além dos dois itens com cargas elevadas e próximas em mais de um fator (19 e 24), as quatro facetas foram constituídas por alguns itens diferentes do apresentado no trabalho original e na adaptação do português do Brasil e de Portugal (WHOQOL Group, 1998; Fleck, 2000; Vaz-Serra et al. 2006^b).

A tabela 15 apresenta a constituição dos domínios, relativo aos itens, do WHOQOL-Bref em nosso estudo. Verificamos que as questões 10, 16, 17 e 18, que foram criadas para avaliar o fator físico, obtiveram em nosso estudo cargas fatoriais no fator psicológico. Alguns itens criados para avaliar o domínio ambiental também apresentaram cargas fatoriais no domínio psicológico (questões 8 e 24) e no domínio social (questão 23). Houve apenas um item (questão 21) que avaliava o fator social na escala original e passou a avaliar o fator físico em nossa amostra.

Tabela 15: Fatores com os respectivos itens na escala original e na escala do presente estudo referentes ao questionário WHOQOL-Bref.

Escala	Fatores	Itens
Original	1 (Psicológico)	5, 6, 7, 11, 19 e 26
	2 (Físico)	3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18
	3 (Social)	20, 21 e 22
	4 (Ambiental)	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25
Presente estudo	1 (Psicológico)	5, 6, 7, 8, 10 , 11, 16, 17, 18 , 19*, 24* e 26
	2 (Físico)	3, 4, 15 e 21
	3 (Social)	20, 22 e 23
	4 (Ambiental)	9, 12, 13, 14 e 25

*Itens com carga fatorial cruzada.

Uma das hipóteses para esta diferença é justamente pelas características da amostra do presente estudo, lembrando que a escala WHOQOL-Bref foi elaborada para a população adulta no geral, e segundo Vaz-Serra et al. (2006^a, 2006^b), a OMS utilizou amostras, para criação e validação do questionário, de no mínimo 300 pessoas adultas, considerando sujeitos acima do 18 anos, sendo que 250 delas devem ser utentes (adultos doentes) e 50 consideradas “normais” /saudáveis. Do grupo formado por utentes/doentes, metade deve ser do sexo masculino, ter mais de 45 anos, e metade dos utentes deve provir dos hospitais e a outra metade de ambulatórios.

Quando considerada essas características da população, podemos observar que pelo fato da nossa amostra ser constituída apenas por sujeitos idosos, muitas diferenças podem ser evidenciadas.

6.2.2 Escala WHOQOL-Old – Análise dos componentes principais.

Para verificar a adequação da amostra no questionário WHOQOL-Old foi verificado o *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) que apresentou o valor de 0,776, e o de *Bartlett's test of Sphericity* com valores de $X^2= 1810,236$ com $p 0,000$.

Esses valores, segundo Fiel (2009), nos permitiram realizar a análise fatorial exploratória.

Índice Measure Sampling Adequacy (MSA)

Lembrando que o índice MAS é encontrado através da diagonal da matriz de correlação e covariância anti-imagem e varia entre 0 e 1. Observamos na nossa amostra, para o questionário WHOQOL-Old, os valores apresentados variaram entre 0,607 e 0,898, tendo itens com valores acima de 0,80 (itens 4, 12, 15, 20, 21, 22 e 24), $> 0,70$ e $< 0,79$ (itens 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 16, 18 e 23) e $> 0,60$ e $< 0,69$ (item 2, 17 e 19). Verificamos que todos os itens apresentaram valores satisfatórios que segundo Field (2009) deve ser acima de 0,50.

As comunalidades variaram entre 0,866 e 0,519, apresentando um valor médio de 0,660.

Fiabilidade

Para verificar a fiabilidade, utiliza-se segundo Cronbach (1996) e Alchicri e Cruz (2003), utiliza-se a consistência interna.

No presente estudo a consistência interna foi verificada pelo Alfa de Cronbach, que para a o total da escala do WHOQOL-Old obtivemos valores de 0,882. Alchicri e Cruz (2003) assumem como aceitável já a partir de valores 0,70. Cozby (2003) considera que valores iguais ou superiores a 0,80 como muito significativos.

Coeficiente de correlação do item referente ao total da escala e os valores do coeficiente da escala sem o presente item são apresentados na tabela 16.

Tabela 16: Coeficiente de correlação item-total e alfa de Cronbach (α) se o item for excluído da escala WHOQOL-Old (n=24).

Ítem	CI-T	α IE
1	,551	,875
2	,492	,876
3	,464	,877
4	,309	,882
5	,539	,875
6	,446	,878
7	,480	,877
8	,482	,877
9	,166	,889
10	,492	,876
11	,422	,878
12	,553	,875
13	,617	,873
14	,415	,879
15	,510	,876
16	,500	,877
17	,446	,878
18	,189	,883
19	,360	,880
20	,443	,878
21	,541	,875
22	,637	,873
23	,586	,874
24	,608	,873

Legenda: CI-T (Correlação do item e com a escala) e IE (Alfa de Cronbach da escala excluindo o item).

Os itens 9 e 18 apresentaram os valores de relação item-total de 0,166 e 0,189, respectivamente. Esses valores poderiam ser preocupantes, podendo levar a exclusão dos itens da escala caso os valores de *MAS* fossem abaixo de 0,50, como

não foi o ocorrido mantemos ambos os itens para a realização da análise dos componentes.

Com os valores satisfatórios para os coeficientes de consistência interna item-total e da matriz de correlação anti-imagem, aceitou-se todos os itens para a realização da análise fatorial exploratória.

Análise dos Componentes Principais

Lembrando-se que para se realizar a análise fatorial, a amostra deve ter no mínimo cinco amostras/sujeitos para cada item. Autores como Hair et al., (2009) e Pascuali (2001) sugerem que o ideal dessa proporção deve ser de 10 amostras/indivíduos para cada item.

Novamente, nossa pesquisa preencheu os requisitos mínimos dos valores do “n” da amostra, e somando aos valores apresentados de KMO e Bartlett, pudemos realizar a análise fatorial exploratória, também, com o questionário WHOQOL-Old.

Primeiramente realizamos a extração dos fatores através do critério de raiz latente com autovalor (*eigenvalues*) maior que um, utilizando o método de rotação Promax, uma vez que Field (2009) afirma que quando trata de variáveis psicológicas é mais indicado, apesar da grande maioria de estudiosos não o fazer, utilizar o método rotacional oblíquo.

Tabela 17: Cargas fatoriais da Escala de WHOQOL-Old extraídas pelo critério de raiz latente (autovalor >1) rotacionadas pelo método de Promax com normalização de Kaiser.

Item	F 1	F 2	F 3	F 4	F 5	F 6	F 7
23	,934						
21	,925						
24	,883						
22	,815						
2		,971					
1		,917					
10		,722					
20		,598					
8			,903				
6			,897				

7				,897			
16					,817		
4					,802		
15					,732		
17					,584	,470	
14						,956	
11						,634	
5						,629	
13						,600	
12						,449	
18							,867
9				,391			,601
3					,526		-,560
19							,507
(% Variância)	29,77	11,62	7,97	6,74	5,09	4,89	4,70
% Variância Acum.	29,77	41,40	49,37	56,12	61,21	66,10	70,82

Como resultado da extração inicial, observamos a existência de sete fatores explicados por 70,82% da variância acumulada (tabela 17). Nesse formato verificamos que três itens apresentaram carga fatorial cruzada significativa (3, 9 e 17). O fator 7 apresentou apenas 3 itens sendo um com carga fatorial negativa e dois com carga cruzada.

Quando calculado os valores de alfa de Cronbach (tabela 18), os fatores 6 e 7 tiveram como resultados 0,534 e 0,281, respectivamente, o que segundo os autores Dancey & Reidy (2006) e Field (2009), representam valores medíocres, o que pode levar a eliminação de tais fatores.

Tabela 18: Coeficiente de alfa de Cronbach (α) dos fatores extraídos pelo critério de raiz latente (autovalores >1) da escala WHOQOL-Old

Fatores	α Cronbach
1	0,927
2	0,839
3	0,807
4	0,751
5	0,777
6	0,534
7	0,281

Quando analisado os valores do alfa de Cronbach e recorrendo a análise gráfica de *Scree Plot*, como suporte, decidimos retirar apenas o fator sete e realizar uma nova rotação, mas agora forçada a seis fatores.

A variância explicada acumulada ainda mantém-se representativa, com o valor de 66,10%. Com a rotação induzida a seis fatores (tabela 19) observamos que os três primeiros fatores são compostos pelos mesmos itens da escala original e todos apresentam cargas elevadas no próprio fator.

Tabela 19: Cargas fatoriais da Escala de WHOQOL-Old rotacionadas pelo método de Promax (solução forçada a seis fatores) com normalização de Kaiser.

Ítem	F 1	F 2	F 3	F 4	F 5	F 6
23	,966					
21	,948					
24	,917					
22	,839					
2		,965				
1		,921				
10		,717				
20		,627				
8			,875			
7			,841			
6			,831			
9			,498			[-,467]
5				,820		
3				,777		
15				[,560]		
4				,546		
13	[,308]			[,320]		
17					,747	
19					[,693]	
16				[,429]	,509	
18					,425	[,754]
11						[,633]
14						[,443]
12						,354
(% Variância)	29,77	11,62	7,97	6,74	5,09	4,89
% Variância Acum.	29,77	41,40	49,37	56,12	61,21	66,10

Nota: Valores relativos ao *crossloading* entre parêntesis.

Quando a escala é rotacionada em seis fatores pelo critério de Promax., também é observado que sete itens apresentaram cargas fatoriais cruzadas (itens 9, 11, 13, 14, 16, 18 e 20). Fazendo uma análise mais atenta, verificamos que cinco deles (9, 11, 16, 18 e 20) possuem cargas fatoriais cruzadas também nos fatores da escala original.

Além disso, verificamos também que os itens 4, 9, 16 e 20 possuem cargas fatoriais mais elevadas nos fatores da escala original. Se somado a isso retiramos as cargas fatoriais abaixo de 0,40, segundo o critério utilizado por Field (2009), esses itens ficam no fator de origem.

Seguindo os critérios de Pasquali (2003), Field (2009) e Stevens (2009), do coeficiente de determinação e valor absoluto da carga fatorial, quando ocorre o cruzamento em dois ou mais fatores conseguimos manter os itens 4, 9 e 20 nos fatores de origem para o cálculo da consistência interna dos domínios.

Os itens 13 e 12 apresentaram cargas fatoriais baixas, tendo valores de 0,320/0,308 (carga cruzada em dois fatores) e 0,354 respectivamente, não representando alta correlação com os fatores que representam.

Para os itens 11 e 18 verificamos que estes apresentam a carga menor no fator de origem.

O item 11 representado pela questão “Até que ponto consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?”, tem a carga fatorial de 0,633 para o fator APPF (atividades passadas, presente e futuras) e de 0,318 para fator de origem AUT (autonomia).

O mesmo ocorre com o item 18, representado pela questão “O quanto está satisfeito com as oportunidades que tem para participar das atividades da comunidade?”, que tem a carga fatorial de 0,754 para o fator APPF e de 0,425 para o fator de origem PS (participação social).

No caso do item 18 decidimos mantê-lo no fator de origem porque mesmo não sendo onde a carga foi mais elevada, ela é representativa, ao contrário do item 11, onde a carga no fator de origem está abaixo do valor 0,390.

Verificamos nestes dois itens (11 e 18) que existe uma linha tênue que divide estes três domínios, pois eles são muito próximos uma vez que a autonomia pode

influenciar diretamente nas atividades do presente e futuro influenciando também a participação social dos indivíduos, uma vez que as atividades na qual ele está inserido faz com que haja interação social entre os instrutores/orientadores do programa como também com os demais participantes. Assim que, como Field (2009) afirma, realmente é difícil os testes psicológicos medirem apenas um traço latente, como discutimos no subcapítulo anterior, é aceitável verificar que um item possa apresentar carga cruzada, devido sua relação de proximidade com as demais facetras.

Tabela 20: Coeficiente de alfa de Cronbach (α) dos seis fatores extraídos da escala WHOQOL-Old

Fatores	α CCI	α CEI
1	0,927	0,903 (s/13)
2	0,839	0,839
3	0,807	0,807
4	0,716	0,656 (s/13)
5	0,685	0,673 (s/18)
6	0,656	0,665 (s/18)

Legenda: α CCI (α Cronbach com os itens) e α CEI (α Cronbach eliminando itens com cargas cruzadas).

Na tabela 20 observados sobre o dado psicométrico de fidelidade, o alfa de Cronbach, que o item 13 se excluído do fator 1, tem uma ligeira queda de 0,927 para 0,903, e quando o mesmo item é excluído do fator 4, a o alfa de Cronbach já apresenta uma diminuição maior, do valor de 0,716 passa para 0,656.

A respeito do item 18, verificamos que existe pouca diferença no resultado do coeficiente de alfa de Cronbach entre manter o item em um domínio ou em outro, tornando-se ligeiramente mais baixo, de 0,685 para 0,673 quando retirado do fator 5 (domínio da escala original) e ao contrário no fator 6 que sobe ligeiramente quando retirado do fator, de 0,656 para 0,665. Entre a relação do item dentro do fator constatamos que no fator 6 o item 18 apresenta o menor valor de correlação (0,316).

Apresentamos na tabela 21, o item que avaliou de cada traço latente na escala original e no encontrado no presente trabalho, através da análise dos componentes.

Os itens que avaliavam facetas diferentes das propostas pelo instrumento original pertenciam aos domínios “autonomia”, “atividades passadas presentes futuras” e “participação”.

Tabela 21: Fatores com os respectivos itens na escala original e na escala do presente estudo referentes ao questionário WHOQOL-Old.

Escala	Fatores	Itens
Original	1 (INT)	21, 22, 23 e 24
	2 (HS)	1, 2, 10 e 20
	3 (MM)	6, 7, 8 e 9
	4 (AUT)	3, 4, 5 e 11
	5 (PS)	14, 16, 17 e 18
	6 (APPF)	12, 13, 15 e 19
Presente estudo	1 (INT)	21, 22, 23 e 24
	2 (HS)	1, 2, 10 e 20
	3 (MM)	6, 7, 8 e 9*
	4 (AUT)	3, 4, 5, 13* e 15
	5 (PS)	16*, 17, 18* e 19
	6 (APPF)	11, 12, 14

Legenda: HS (Habilidades sensoriais), AUT (Autonomia), APPF (Atividades passadas, presente e futuras), PS (Participação social), MM (Morte e morrer) e INT (Intimidade). *Itens com carga fatorial cruzada.

Essas três facetas mostraram estar intimamente ligadas, foram as únicas que apresentaram troca de itens entre elas (destacados em negrito). A faceta “participação social” além de apresentar um item diferente ao formato original, tem mais dois itens com carga fatorial cruzada.

6.3 Resultados dos instrumentos psicológicos: WHOQOL-Bref, WHOQOL-Old e Autoestima.

A partir das diferenças encontradas através da Análise dos Componentes Principais entre a escala original e escala adaptada, foi decidido, que para realizar o

cálculo dos domínios, retiraríamos os itens que verificamos, em nossa amostra, por meio da extração dos fatores que estavam no domínio que não pertencia ao da escala original. Entretanto, como foi observado também que todos os itens eram adequados para a escala total (através do MSA e alfa de Cronbach do item na escala), o cálculo total tanto do WHOQOL-Bref como o do WHOQOL-Old foram feitos com todos os itens da escala.

Dessa maneira os domínios, para efeito de correlações e comparações, foram calculados, através dos itens apresentados na tabela 22, e ajustados para os valores mínimos de 4 e máximos de 20.

Tabela 22: Itens que constituem os fatores do WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old no presente estudo.

Escala	Fatores	Itens
WHOQOL-Bref	1 (DF)	3, 4 e 15
	2 (DP)	5, 6, 7, 11, 19 e 26
	3 (DS)	20 e 22
	4 (DA)	9, 12, 13, 14 e 25
WHOQOL-Old	1 (INT)	21, 22, 23 e 24
	2 (HS)	1, 2, 10 e 20
	3 (MM)	6, 7, 8 e 9
	4 (AUT)	3, 4 e 5
	5 (PS)	16, 17 e 18

Legenda: DF (domínio físico), DP (domínio psicológico), DS (domínio social), DA (domínio ambiental), HS (Habilidades sensoriais), AUT (Autonomia), PS (Participação social), MM (Morte e morrer) e INT (Intimidade).

No WHOQOL-Bref o domínio físico passa a ter três itens (3, 4 e 15) com valor de α de 0,734; o domínio psicológico mantém os mesmo itens que o original (5, 6, 7, 11, 19 e 26) tendo o valor de α de 0,755; o domínio social perde um item, ficando com somente dois itens (20 e 22) e com o valor de α de 0,695; o domínio ambiental também reduz os itens para cinco itens (9, 12, 13, 14 e 25) e fica com o valor de α de 0,669.

No WHOQOL-Old não consideramos o fator de “atividades passadas, presentes e futuras” (discutido no subcapítulo anterior). As facetas de “habilidades sensoriais”, “morte e morrer” e “intimidade” mantém todos os itens da escala original

e apresentam o com valor de α de 0,839, 0,807 e 0,927, respectivamente. Já a faceta “autonomia” (3, 4 e 5) e “participação social” (16, 17 e 18) perdem um item cada uma e apresentam os respectivos valores de α 0,666 e 0,736.

Para a escala do WHOQOL-Bref verificamos na tabela 22 o valor médio total da nossa amostra. Entre os valores possíveis, mínimo (26) e máximo (130), a nossa amostra apresentou os valores entre 68 e 126.

Tabela 22: Valores descritivos da média e desvio padrão do total e dos domínios da qualidade de vida analisados pelo instrumento WHOQOL-Bref da amostra.

	M	MI	MA	DP
WBref	99,13	68	126	10,254
QVG	15,11	8,0	20,0	2,359
DF ^o	15,25	7,0	20,0	2,681
DP	15,34	10,7	19,7	1,777
DS ^o	16,24	5,3	20,0	2,217
DA ^o	14,49	9,6	19,2	1,770

Legenda: WBref (valor total do WHOQOL-Bref), QVG (Qualidade de vida geral), DF (Domínio Físico), DP (Domínio Psicológico), DS (Domínio Social) e DA (Domínio Ambiental), M (média), MI (mínimo), MA (máximo) e DP (desvio padrão). ^o Não foi calculado com base na totalidade dos itens originais.

O valor da média para o instrumento WHOQOL-Bref foi de 99,13 pontos, com desvio padrão de 10,25, que representaria em percentagem valores médios para a qualidade de vida de 70,31%. Os valores mínimos em percentagem foram de 40,38% (68) e de máximo 96,15% (126).

A somatória dos itens 1 e 2 que criam o item QVG, que ajustado aos valores para correlação e comparação com os demais domínios, apresentou a média global do valor absoluto de 15,11, desvio padrão de 2,359, valor mínimo de 8 e máximo de 20. O domínio físico e psicológico tiveram valores da média parecidos, sendo de 15,25 e 15,34 com desvio padrão de 2,681 e 1,777, respectivamente.

Observamos que a amostra total apresentou valores de pontuação máxima e média, mais baixos no domínio ambiental (19,2 e 14,49, respectivamente). O valor

de média mais alta foi do domínio social (16,24), mesmo tendo apresentado a pontuação mínima mais baixa (5,3) entre todos os domínios.

Para a escala do WHOQOL-Old verificamos na tabela 23 os valores descritivos. Entre os possíveis valores de mínimo e máximo total (24 e 120), verificamos na nossa amostra os valores de 56 e 117.

Tabela 23: Valores descritivos da média e desvio padrão do total e das facetas da qualidade de vida avaliadas pelo instrumento WHOQOL-Old no presente estudo.

	M	MI	MA	DP
WOld	88,40	56	117	10,416
HS	16,44	8,0	20,0	2,698
AUT ^o	14,71	6,7	20,0	2,306
PSO ^o	14,98	8,0	20,0	2,034
MM	13,42	6,0	20,0	3,473
INT	15,29	4,0	20,0	3,037

Legenda: WOld (valor total do WHOQOL-Old), HS (Habilidades Sensoriais), AUT (Autonomia), PSO (Participação Social), MM (Morte e Morrer) e INT (Intimidade), M (média), MI (mínimo), MA (máximo) e DP (desvio padrão). ^oNão foi calculado com base na totalidade dos itens originais.

A amostra total apresentou valores médios para o instrumento WHOQOL-Old de 88,40 pontos com desvio padrão de 10,41, que representaria em percentagem valores para a qualidade de vida de 67,08%. Os valores representam em percentagem o mínimo de 33,33% e máximo de 96,87%.

Referente aos valores da média das facetas do WHOQOL-Old, a “habilidade sensorial” apresentou o valor mais elevado com 16,44 e desvio padrão de 2,698, em contrapartida o pior resultado ficou a faceta “morte e morrer” com o valor de 13,42 e desvio padrão de 3,473. Em todos os domínios a amostra total atingiu os valores máximos possíveis, em compensação, referente aos valores mínimos possíveis apenas a faceta “intimidade” atingiu o valor de 4.

Acerca do resultado da autoestima global, podemos averiguar os valores na tabela 24, que tivemos o total de 140 respostas válidas, resultando na média de 28,47 e desvio padrão de 3,543, que em percentagem representa uma autoestima

global positiva de 61,56% com desvio padrão de 11,8%. Entre os valores possíveis, mínimo (10) e máximo (40), os resultados da amostra foram de 18 e 36, respectivamente.

Tabela 24: Valores descritivos da média e desvio padrão da autoestima global da amostra.

N	M	MI	MA	DP
140	28,47	18	36	3,543

Legenda: N (número de respostas válidas), M (média), MI (mínimo), MA (máximo) e DP (desvio padrão).

Na tabela 25, verificamos a correlação entre as variáveis dos questionários WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old (domínios e facetas) e autoestima global. Constatamos que praticamente todas as variáveis estavam correlacionadas, e em sua maioria com o nível de significância $p \leq 0,01$ com a exceção da faceta “morte e morrer” que não apresentou correlação com a “qualidade de vida geral”, domínio físico e “participação social”.

Constatamos que a qualidade de vida geral apresentou correlações significativas com os todos os domínios do WHOQOL-Bref e do WHOQOL-Old (salvo “morte e morrer”) e “autoestima global”. Apresentou os maiores valores de correlação com o domínio físico ($r = 0,739$) e total do WHOQOL-Bref ($r = 0,712$), e o menor valor de correlação com a faceta “intimidade” ($r = 0,200$).

No domínio físico é observado que não houve correlação com a variável “morte morrer”, contudo o domínio apresentou correlações com nível de significância de $p \leq 0,01$ com as demais variáveis. Os valores maiores foram para o total do WHOQOL-Bref ($r = 0,767$) e qualidade de vida ($r = 0,739$), em contrapartida, o menor valor para autoestima global ($r = 0,246$).

O domínio psicológico mostrou ter correlação com nível de significância de $p \leq 0,01$ com a qualidade de vida, domínios e facetas do WHOQOL, e autoestima global. A correlação foi maior com a variável “total do WHOQOL-Bref” ($r = 0,854$) e “total do WHOQOL-Old” ($r = 0,721$), e menor com “morte morrer” ($r = 0,313$). Nota-se que este domínio apresentou valores de correlação com os demais acima de 0,420.

Se observarmos os resultados do domínio social, notamos que houve correlações significativas com todas variáveis. Os valores mais representativos da correlação foram com o “total do WHOQOL-Bref” ($r = 0,607$) e total do WHOQOL-Old ($r = 0,578$), e o menos representativo foi na correlação com “morte e morrer” ($r = 0,190$).

Tabela 25: Valores do coeficiente de correlação de Pearson entre domínios e facetas do WHOQOL-Bref, WHOQOL-Old e Autoestima global da amostra.

		QVG	DF	DP	DS	DA	HS	AUT	PSO	MM	INT	AEG
WHOQOL-Bref	DF ^o	0,739**										
	DP	0,534**	0,538**									
	DS ^o	0,391**	0,451**	0,463**								
	DA ^o	0,324**	0,349**	0,503**	0,331**							
WHOQOL-Old	HS	0,233**	0,312**	0,424**	0,247**	0,323**						
	AUT ^o	0,281**	0,283**	0,512**	0,381**	0,484**	0,333**					
	PSO ^o	0,417**	0,380**	0,577**	0,440**	0,262**	0,231**	0,359**				
	MM	0,076	0,136	0,313**	0,190**	0,172*	0,373**	0,226**	0,057			
	INT	0,200*	0,285**	0,580**	0,555**	0,407**	0,285**	0,430**	0,336**	0,193*		
AEG		0,336**	0,246**	0,618**	0,331**	0,310**	0,378**	0,385**	0,507**	0,257**	0,350**	
TWB		0,712**	0,767**	0,854**	0,607**	0,703**	0,440**	0,546**	0,549**	0,266**	0,555**	0,547**
TWO		0,387**	0,420**	0,721**	0,578**	0,536**	0,660**	0,638**	0,542**	0,596**	0,699**	0,500**

Legenda: QVG (qualidade de vida geral), DF (Domínio Físico), DP (Domínio Psicológico), DS (Domínio Social), DA (Domínio Ambiental), HS (Habilidades Sensoriais), AUT (Autonomia), PSO (Participação Social), MM (Morte e Morrer), INT (Intimidade), AEG (Autoestima Global), TWB (total WHOQOL-Bref) e TWO (total WHOQOL-Old). ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$. ^oNão foi calculado com base na totalidade dos itens originais

Para o domínio ambiental, os resultados demonstram que houve correlação todas as variáveis, “morte e morrer” com nível de significância de $p \leq 0,05$ e as demais de $p \leq 0,01$. Os maiores valores de correlação ocorrem entre o domínio referido com o “total do WHOQOL-Bref” ($r = 0,703$) e “total do WHOQOL-Old” ($r = 0,536$), e o menor com a faceta “morte e morrer” ($r = 0,172$).

Na tabela 25, podemos ainda ver que a faceta “habilidades sensoriais” tem correlação com todas as outras variáveis com nível de significância de $p \leq 0,01$, onde o “total do WHOQOL-Old” e “total do WHOQOL-Bref” apresentaram os valores

mais elevados com $r = 0,660$ e $0,440$, respectivamente. A menor correlação ocorreu com a faceta “participação social” ($r = 0,231$).

A cerca da variável “autonomia” do instrumento WHOQOL-Old, verificamos que houveram correlações significativas com todas as demais facetas, domínios, qualidade de vida geral e autoestima. A maior correlação ocorreu com o “total do WHOQOL-Old” ($r = 0,638$) e “total do WHOQOL-Bref” ($r = 0,546$) e a menor ocorreu com o domínio físico ($r = 0,226$).

A “participação social” (PSO) também apresentou correlação com nível de significância de $p \leq 0,01$ com todas as outras variáveis, exceto com a faceta “morte e morrer”. A faceta referida demonstrou os valores mais altos de correlação com o domínio psicológico ($r = 0,577$) e “total do WHOQOL-Bref” ($r = 0,549$), e o mais baixo com “habilidade sensorial” ($r = 0,231$).

Entre todas as facetas e domínios do WHOQOL, “morte e morrer” foi a que apresentou menores valores de correlação com as demais variáveis, e não expressou nível de significância de $p \leq 0,05$ na relação com “qualidade de vida geral” e com “domínio físico” e “participação social”. Os maiores valores de correlação foram com o “total do WHOQOL-Old” ($r = 0,596$) e “habilidades sensoriais” ($r = 0,373$) e o menor valor de correlação com o domínio ambiental ($r = 0,172$).

A faceta “intimidade” teve correlações significativas com todas as demais variáveis. Observamos que os valores de correlação mais elevados foram com o “total do WHOQOL-Old” ($r = 0,699$) e o domínio psicológico ($r = 0,580$), e o menor com “morte e morrer” ($r = 0,193$).

A autoestima global teve todas as correlações com o nível de significância de $p \leq 0,01$. Seus maiores valores de correlação foram com o domínio psicológico ($r = 0,618$) e “participação social” ($r = 0,507$), e o menor com o domínio físico ($r = 0,246$).

A escala representada pelo “total do WHOQOL-Bref” teve os valores mais elevados de “r” em todos os domínios que a constitui. Referente aos valores em concreto, verificamos que a correlação mais elevada foi com o domínio psicológico ($r = 0,854$) e domínio físico ($r = 0,767$), e a mais baixa foi com a faceta “morte e morrer” ($r = 0,266$).

Em relação ao WHOQOL-Old, também verificamos que o resultado total teve correlação com todas as demais variáveis com nível de significância de $p \leq 0,01$, e ressaltamos que, além disso, os melhores valores de “r” foram vistos na relação do “total do WHOQOL-Old” e com todas as facetas que compõem a escala. Os maiores valores de correlação foram “intimidade” ($r = 0,699$) e “habilidade sensorial” ($r = 0,660$), e o menor “qualidade de vida geral” ($r = 0,387$).

6.4 Resultados das comparações entre as variáveis de estudo.

A seguir apresentamos as tabelas com os resultados das comparações de médias e desvio padrão das variáveis dependentes (qualidade de vida e autoestima global) e variáveis independentes (género, estado civil, idade, patologias, prática de exercício físico, tempo de adesão à prática de exercício físico, tipo de exercício físico praticado e variedade de exercício praticado).

Quando comparamos os valores de médios da qualidade de vida geral, assim como seus domínios, e autoestima global entre género (tabela 26), observamos que os homens apresentam valores médios maiores em quase todas as variáveis dependentes, com a exceção do domínio ambiental, “morte e morrer” e “autonomia” em que as mulheres apresentaram valores ligeiramente melhores.

Contudo, apenas o domínio físico apresentou diferenças estatisticamente significativas entre o género com $p \leq 0,01$, no qual os homens apresentaram a média de 16,23 e desvio padrão de 2,15 e as mulheres a média de 14,75 com desvio padrão de 3,03 com tamanho de efeito próximo do médio ($r = 0,28$).

Tabela 26: Valores de média, desvio padrão e significância para autoestima global e qualidade de vida para a variável género - Teste *t* de Student.

	Masculino		Feminino		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
	M	DP	M	DP			
AEG	28,51	3,26	28,43	3,90	0,129	0,897	0,01
QVG	15,50	1,89	14,59	2,78	2,303	0,023*	0,19
WHOQOL-BREF	100,56	8,87	97,26	11,63	1,842	0,068	0,17
WHOQOL-OLD	88,99	10,13	87,62	10,81	0,763	0,447	0,06
DF ^o	16,23	2,15	14,75	3,03	3,393	0,001**	0,28
DP	15,59	1,61	15,09	1,92	1,631	0,106	0,15
DS ^o	15,30	1,88	15,04	2,41	0,693	0,489	0,06
DA ^o	14,48	1,71	14,51	1,85	-,124	0,901	0,01
HS	16,52	2,59	16,32	2,84	0,423	0,673	0,04
AUT ^o	14,60	2,01	14,86	2,65	-,646	0,519	0,06
PSO ^o	15,21	1,79	14,68	2,29	1,486	0,140	0,14
MM	13,40	3,63	13,45	3,27	-,101	0,920	0,00
INT	15,45	2,62	15,08	3,51	0,712	0,478	0,06

Legenda: AEG (autoestima global), QVG (qualidade de vida geral), DF (Domínio Físico), DP (Domínio Psicológico), DS (Domínio Social), DA (Domínio Ambiental), HS (Habilidades Sensoriais), AUT (Autonomia), PSO (Participação Social), MM (Morte e Morrer) e INT (Intimidade), M (média), DP (desvio padrão), *p* (nível de significância), *r* (effect size). ** $p \leq 0,01$ e * $p \leq 0,05$. ^oNão foi calculado com base na totalidade dos itens originais.

Os homens também apresentaram maior qualidade de vida geral (M = 15,50, DP= 1,89) que as mulheres (M = 14,59, DP = 2,78) com valor de $p \leq 0,05$, entretanto o tamanho do efeito foi baixo ($r = 0,19$).

Para a variável idade, dividimos em 3 subgrupos. Verificamos que só houve diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0,01$) entre os grupos relacionados à idade nos resultados da qualidade de vida geral e no domínio físico (tabela 27).

Os resultados para qualidade de vida geral foi de 15,63 de média e 2,01 de desvio padrão para o grupo dos 60-64 anos, de 15,35 de média e desvio padrão de 1,87 para o grupo dos 65-74 anos e de 14,06 e desvio padrão de 3,11 para o grupo com mais de 75 anos. Relativo ao domínio físico o grupo de 60-64 anos teve média de 16,25 e desvio padrão de 2,45; o grupo de 65-70 teve média de 16,14 e desvio

padrão de 1,99; e grupo com mais de 75 anos teve média de 13,86 e desvio padrão de 3,19.

Tabela 27: Valores de média, desvio padrão e significância para autoestima global e qualidade de vida para a variável idade- ANOVA.

	60-64 anos		65-74 anos		+75 anos		<i>F</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
	M	DP	M	DP	M	DP			
AEG	28,84	3,61	28,47	3,28	28,03	3,92	0,499	0,608	0,09
QVG	15,63	2,01	15,35	1,87	14,06	3,11	5,267	0,006**	0,27
WHOQOL-BREF	100,78	10,12	99,89	8,29	95,86	12,75	2,616	0,077	0,19
WHOQOL-OLD	89,49	9,64	87,71	9,63	88,28	12,58	0,370	0,691	0,07
DF ^o	16,25	2,45	16,14	1,99	13,86	3,19	11,831	0,000**	0,38
DP	15,58	1,73	15,39	1,53	15,09	2,15	0,755	0,472	0,10
DS ^o	15,62	2,05	15,25	1,74	14,55	2,64	2,609	0,077	0,19
DA ^o	14,45	1,50	14,45	1,71	14,62	2,16	0,120	0,887	0,04
HS	16,32	2,44	16,48	2,68	16,50	3,05	0,055	0,946	0,03
AUT ^o	14,76	1,89	14,55	2,35	14,92	2,68	0,297	0,743	0,07
PSO ^o	15,38	2,64	14,96	1,55	14,55	1,89	1,629	0,200	0,15
MM	13,09	3,44	13,21	3,53	14,19	3,37	1,203	0,304	0,13
INT	15,51	3,01	15,43	2,41	14,77	3,92	0,695	0,501	0,10

Legenda: AEG (autoestima global), QVG (qualidade de vida geral), DF (Domínio Físico), DP (Domínio Psicológico), DS (Domínio Social), DA (Domínio Ambiental), HS (Habilidades Sensoriais), AUT (Autonomia), PSO (Participação Social), MM (Morte e Morrer) e INT (Intimidade), M (média), DP (desvio padrão), *p* (nível de significância) e *r* (effect size). ** $p \leq 0,01$ e * $p \leq 0,05$. ^oNão foi calculado com base na totalidade dos itens originais.

Entre os grupos de idade, os idosos entre 60 e 64 anos apresentaram valores ligeiramente maiores que o grupo de 65 e 74 anos, e ambos tiveram resultados superiores ao grupo com mais de 75 anos para qualidade de vida geral e domínio físico, com tamanho de efeito médio ($r = 0,27$ e $r = 0,38$, respectivamente).

Tabela 28: Valores de média, desvio padrão e significância para autoestima global e qualidade de vida para a variável estado civil – Teste Kruskal-Wallis.

	Casado		Solteiro		Viúvo		Divorciado		<i>p</i>
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
AEG	28,71	3,07	26,09	5,59	27,37	3,32	30,77	3,24	0,006**
QVG	15,49	2,09	13,17	3,46	14,00	2,30	15,54	2,02	0,005**
WHOQOL-Bref	100,79	8,93	87,33	14,39	94,95	10,06	103,15	6,05	0,001**
WHOQOL-Old	90,34	9,62	78,33	13,58	86,16	10,68	87,85	7,62	0,026*
DF ^o	15,97	2,30	13,72	3,19	13,52	2,93	17,53	1,61	0,000**
DP	15,70	1,62	13,45	2,30	14,63	1,57	16,00	1,05	0,000**
DS ^o	15,48	2,05	13,45	2,54	14,94	2,34	15,07	1,32	0,018*
DA ^o	14,52	1,63	13,16	1,93	14,98	2,22	14,70	1,06	0,730
HS	16,64	2,56	15,09	3,20	15,94	3,23	17,23	1,42	0,207
AUT ^o	14,78	2,25	13,09	2,65	15,01	2,73	15,59	1,00	0,039*
PSO ^o	15,14	2,14	14,06	1,72	14,52	1,82	15,48	1,59	0,133
MM	13,39	3,76	13,09	3,36	13,94	3,11	13,07	2,43	0,812
INT	16,20	2,30	11,63	4,03	13,94	3,35	15,00	2,76	0,000**

Legenda: AEG (autoestima global), QVG (qualidade de vida geral), DF (Domínio Físico), DP (Domínio Psicológico), DS (Domínio Social), DA (Domínio Ambiental), HS (Habilidades Sensoriais), AUT (Autonomia), PSO (Participação Social), MM (Morte e Morrer) e INT (Intimidade), M (média), DP (desvio padrão), *p* (nível de significância). ** $p \leq 0,01$ e * $p \leq 0,05$. ^oNão foi calculado com base na totalidade dos itens originais.

Relativo às diferenças do estado civil (tabela 28), averiguamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para as médias do WHOQOL-Old, domínio social e “autonomia” com o valor de $p \leq 0,05$ e para as médias do WHOQOL-Bref, autoestima global, qualidade de vida geral, domínio físico, domínio psicológico e “intimidade” com o valor de $p \leq 0,01$.

Para o WHOQOL-Old, os casados apresentaram as melhores médias (90,34) do que os divorciados (87,85), os viúvos (86,16) e solteiros (78,33). Esse resultado foi semelhante também com a qualidade de vida geral, domínio social e “intimidade” onde os casados apresentaram médias mais altas (15,68; 15,48; e 16,20) seguido dos divorciados (14,31; 15,07; e 15,00), viúvos (14,00; 14,94; e 13,94) e solteiros (13,27; 13,45; e 11,63).

Em compensação os divorciados apresentaram maiores valores para a autoestima global (30,77), WHOQOL-Bref (103,15), domínio físico (17,53) e domínio psicológico (16,00).

Para todas as variáveis os solteiros apresentaram os valores mais baixos.

Tabela 29: Valores de média, desvio padrão e significância para autoestima global e qualidade de vida para a variável número de patologias relatadas – ANOVA.

	0-1 Patologias		2-3 Patologias		4 ou + Patologias		<i>F</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
	M	DP	M	DP	M	DP			
AEG	28,29	3,37	29,35	3,13	26,94	4,03	5,493	0,005**	0,27
QVG	15,67	1,64	15,52	1,98	13,58	3,11	10,334	0,000**	0,36
WHOQOL-BREF	101,07	8,28	101,15	8,54	92,64	12,91	9,724	0,000**	0,35
WHOQOL-OLD	88,74	8,33	90,30	10,42	84,15	11,78	4,037	0,020*	0,24
DF ^o	16,61	2,70	15,74	2,39	14,00	3,15	5,414	0,005**	0,36
DP	15,34	1,40	15,78	1,61	14,58	2,19	10,306	0,000**	0,27
DS ^o	15,28	1,91	15,69	1,99	14,06	2,26	7,165	0,000**	0,31
DA ^o	14,53	1,68	14,72	1,68	13,98	1,99	1,954	0,146	0,17
HS	16,57	2,68	16,89	2,48	15,36	2,90	3,753	0,026*	0,23
AUT ^o	14,66	1,79	14,82	2,45	14,54	2,61	0,176	0,839	0,05
PSO ^o	15,07	1,96	15,23	1,82	14,38	2,42	2,003	0,139	0,17
MM	13,14	2,83	13,75	3,77	13,12	3,61	0,564	0,570	0,09
INT	15,19	2,99	15,84	2,60	14,30	3,66	2,960	0,055	0,20

Legenda: AEG (autoestima global), QVG (qualidade de vida geral), DF (Domínio Físico), DP (Domínio Psicológico), DS (Domínio Social), DA (Domínio Ambiental), HS (Habilidades Sensoriais), AUT (Autonomia), PSO (Participação Social), MM (Morte e Morrer) e INT (Intimidade), M (média), DP (desvio padrão), *p* (nível de significância) e *r* (effect size). ** $p \leq 0,01$ e * $p \leq 0,05$. ^oNão foi calculado com base na totalidade dos itens originais.

Na tabela 29, podemos observar os resultados das variáveis dependentes relacionadas ao número de patologias autorrelatadas. Existiram diferenças estatisticamente significativas entre o número de patologia relatada e a autoestima global, qualidade de vida geral, WHOQOL-Bref, domínio físico, domínio psicológico e domínio social com valores de $p \leq 0,01$, e para WHOQOL-Old e “habilidades sensoriais” com valores de $p \leq 0,05$. A “intimidade” apresentou o valor de $p=0,055$, sendo próximo ao valor estatisticamente significativo exigido (tabela 29).

O grupo que apresentava mais de quatro patologias relatadas tiveram os valores mais baixos para todas as variáveis dependentes.

Tabela 30: Valores de média, desvio padrão e significância para autoestima global e qualidade de vida para a variável exercício físico - Teste *t* de Student.

	Ativo		Sedentário		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
	M	DP	M	DP			
AEG	29,07	3,29	26,92	3,73	3,328	0,001**	0,27
QVG	15,74	1,75	13,50	2,89	5,615	0,000**	0,43
WHOQOL-BREF	101,73	8,41	92,58	11,59	5,205	0,000**	0,40
WHOQOL-OLD	89,88	9,10	84,65	12,52	2,751	0,007*	0,23
DF ^o	16,21	2,21	14,02	1,93	4,108	0,000**	0,47
DP	15,78	1,52	14,65	2,61	4,187	0,000**	0,49
DS ^o	15,40	1,86	14,65	2,61	1,667	0,101	0,22
DA ^o	14,78	1,86	13,76	1,99	3,207	0,002**	0,26
HS	16,76	2,49	15,62	3,03	2,291	0,023*	0,19
AUT ^o	15,01	1,81	13,96	3,13	1,976	0,054	0,27
PSO ^o	15,15	2,09	14,56	1,82	1,556	0,122	0,13
MM	13,30	3,52	13,72	3,37	-,643	0,521	0,05
INT	15,80	2,49	14,00	3,84	2,745	0,008**	0,35

Legenda: AEG (autoestima global), QVG (qualidade de vida geral), DF (Domínio Físico), DP (Domínio Psicológico), DS (Domínio Social), DA (Domínio Ambiental), HS (Habilidades Sensoriais), AUT (Autonomia), PSO (Participação Social), MM (Morte e Morrer) e INT (Intimidade), M (média), DP (desvio padrão), *p* (nível de significância) e *r* (effect size). ** $p \leq 0,01$ e * $p \leq 0,05$. ^oNão foi calculado com base na totalidade dos itens originais.

Acerca das diferenças entre o grupo de praticantes e não praticantes de exercício físico regular, o grupo sedentário teve os piores valores para todas as variáveis dependentes (tabela 30). Para os resultados estatisticamente significativos com valor $p \leq 0,01$, o grupo ativo e sedentário tiveram as médias de 29,07 e 26,92 para autoestima global ($r = 0,27$), de 15,74 e 13,50 para a qualidade de vida geral ($r = 0,43$), de 101,73 e 92,58 para WHOQOL-Bref ($r = 0,40$), de 16,21 e 14,02 para o domínio físico ($r = 0,47$), de 15,78 e 14,65 para o domínio psicológico ($r = 0,49$), de 14,78 e 13,73 para o domínio ambiental ($r = 0,26$), e de 15,80 e 14,00 para a faceta “intimidade” ($r = 0,35$), respectivamente. Para os valores estatisticamente

significativos de $p \leq 0,05$, o grupo ativo e sedentário tiveram as respectivas médias: 89,88 e 84,64 para WHOQOL-Old ($r = 0,23$); e 16,76 e 15,62 para habilidades sensoriais ($r = 0,19$).

A “autonomia” apresentou o grupo ativo obteve a média de 15,01 e o grupo sedentário 13,96 com o valor de $p=0,054$, não significativo, entretanto o tamanho do efeito observado apresentou o valor de $r = 0,27$, considerado como mediano.

A tabelas 31, apresenta os valores da média de patologias entre os grupos ativo e sedentário, com o intuito de ver se existe diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, o que poderia explicar alguns dos resultados anteriores referente ao número de patologia e exercício físico. A moda para o grupo ativo foi de 2 patologias e o máximo de doença relatada foi de 7 e para o grupo sedentário a moda foi de 3 patologias com o máximo de 8.

Tabela 31: Valores de média, desvio padrão e significância do número de patologias em função do exercício físico regular – Teste t de Student.

	N	M	DP	t	P	r
Ativo	101	2,32	1,536	- 2,333	0,021*	0,19
Sedentário	40	3,03	1,833			

Legenda: N (número total de sujeitos), M (média), DP (desvio padrão), p (nível de significância) e r (effect size). * $p \leq 0,05$.

Verificamos que há diferenças estatisticamente significativas do número de patologias relatadas entre o grupo ativo e sedentário, o último apresentando números superiores.

Dentro do grupo ativo queríamos verificar se o tempo de prática influenciava os indivíduos a terem uma melhor autoestima global e qualidade de vida geral, como também valores mais elevados em seus domínios e facetas. Assim dividimos o grupo ativo em três subgrupos, apresentados na tabela 32, com o intuito de explorar os resultados acerca do grupo ativo.

Tabela 32: Valores de média, desvio padrão e significância para autoestima global e qualidade de vida para a variável tempo de prática – Teste Kruskal-Wallis.

	3 a 6 meses		6 a 12 meses		+12 meses		p
	M	DP	M	DP	M	DP	
AEG	29,38	3,92	28,67	3,46	29,13	3,24	0,816
QVG	15,75	2,71	14,89	2,26	15,83	1,59	0,371
WHOQOL-BREF	96,13	8,47	100,00	7,51	102,42	8,41	0,222
WHOQOL-OLD	87,25	6,71	90,89	10,68	90,08	9,52	0,732
DF ^o	15,75	2,49	15,44	3,04	16,31	2,08	0,661
DP	14,66	0,79	15,33	1,29	15,93	1,56	0,021*
DS ^o	15,75	1,66	14,44	1,94	15,47	1,87	0,280
DA ^o	13,30	1,41	14,93	1,44	14,92	1,57	0,025*
HS	16,87	2,35	17,66	2,39	16,65	2,53	0,433
AUT ^o	13,83	1,22	16,44	0,66	14,97	1,86	0,003**
PSO ^o	15,16	0,69	14,81	2,04	15,22	2,18	0,692
MM	13,37	2,66	13,33	3,67	13,26	3,61	0,977
INT	13,50	2,26	15,33	1,41	16,07	2,51	0,012*

Legenda: AEG (autoestima global), QVG (qualidade de vida geral), DF (Domínio Físico), DP (Domínio Psicológico), DS (Domínio Social), DA (Domínio Ambiental), HS (Habilidades Sensoriais), AUT (Autonomia), PSO (Participação Social), MM (Morte e Morrer) e INT (Intimidade), M (média), DP (desvio padrão), p (nível de significância). ** $p \leq 0,01$ e * $p \leq 0,05$. ^oNão foi calculado com base na totalidade dos itens originais.

Os resultados que apresentaram diferenças estatisticamente significativas ocorreram no domínio psicológico, domínio ambiental e “intimidade” ($p \leq 0,05$). Em todas essas variáveis o grupo que treinava há mais de 12 meses apresentaram os valores médios mais elevados que o grupo que treinava (15,93, 14,92 e 16,07) entre 6 e 12 meses, e ambos registraram valores maiores que o grupo que treina entre 3 e 6 meses.

A “autonomia” apresentou diferenças estatisticamente significativas com o valor de $p \leq 0,01$. Nesta variável o grupo que treinava entre 6 e 12 meses obteve valores melhores que o grupo que treinava há mais de 12 meses, 16,44 e 14,97, respectivamente. Desta faceta o grupo que treinava há menos tempo teve os piores valores médios (13,83).

Assim, os idosos que treinavam há mais tempo mostraram ter melhores benefícios para as variáveis psicológicas estudadas.

Também analisamos o grupo ativo através da perspectiva do tipo de exercício físico regular realizado. Entre eles exercício aeróbico, exercício de força, exercícios em piscina, aulas de grupo e desporto.

Podemos observar nas tabelas 33 e 34, os resultados para cada uma dessas variáveis independentes.

Ao que se refere ao grupo de pessoas que praticavam exercício físico de força, nenhuma das variáveis psicológicas apresentaram diferenças estatisticamente significativas (tabela 33). Percebemos que, com exceção da faceta “autonomia”, o grupo que não praticava exercícios aeróbicos apresentou valores um pouco mais altos comparados com aqueles que o praticavam.

O mesmo ocorre no grupo que praticava aulas de grupo (tabela 33). Nenhum dos resultados das variáveis de qualidade de vida geral e a autoestima global tiveram diferenças estatisticamente significativas. Neste grupo observa-se que em algumas variáveis dependentes no grupo que participava das aulas de grupo tiveram as médias ligeiramente mais altas, e em outras ligeiramente mais baixas, não sendo os resultados constantes e característicos de um grupo ou de outro.

Relativo à variável realizar exercício na piscina (também entrou neste grupo pessoas que faziam aulas de natação e hidroginástica), observamos que os participantes que não praticavam nenhum exercício na piscina tiveram melhores valores no total da escala do WHOQOL-Bref e no domínio psicológico ($M = 103,48$, $DP = 7,46$ e $M = 16,07$, $DP = 1,38$, respectivamente) em relação às pessoas que realizavam exercício físico na piscina ($M = 98,12$, $DP = 9,2$ e $M = 15,17$, $DP = 1,62$, respectivamente) com diferenças estatisticamente significativas com $p \leq 0,01$. A magnitude do efeito foi mediana com valores de $r = 0,30$ para WHOQOL-Bref e de $r = 0,28$ para o domínio psicológico.

Essa diferença entre grupos também ocorreu com o domínio ambiental ($p \leq 0,05$), em que o grupo que não realizava atividades na piscina teve os melhores resultados ($M = 15,05$, $DP = 1,55$) do que o que realizava ($M = 14,23$, $DP = 1,54$) com $r = 0,24$.

No caso do desporto (tabela 34), não houve diferenças estatisticamente significativas para as variáveis psicológicas. Na maioria dos casos as pessoas que faziam desporto tiveram a média ligeiramente elevada, exceto para autoestima e “intimidade”.

Relativo às pessoas que praticavam ou não exercício físico aeróbico (tabela 34) constatamos que a única faceta que apresentou diferenças estatisticamente significativas foi a “morte e morrer”. O grupo de pessoas que não o praticavam tiveram melhores resultados ($M=15,06$, $DP= 3,08$) do que o grupo de pessoas que realizavam exercício aeróbico ($M=12,97$, $DP= 3,51$ e $r = -0,20$).

Tabela 33: Valores de média, desvio padrão e significância para autoestima global e qualidade de vida para a variável exercício de força, aulas de grupo e piscina, praticados pelo grupo ativo – Teste *t* de Student.

	EFN			EFS			AGN			AGS			PIN			PIS			
	M	DP	r	M	DP	r	M	DP	r	M	DP	r	M	DP	r	M	DP	r	
AEG	29,17	3,35	0,04	28,89	3,23	0,41	29,57	3,49	0,14	28,63	3,07	0,151	29,1	3,17	0,14	29	3,57	0,884	0,01
QVG	15,75	1,76	0,00	15,73	1,77	0,056	15,4	1,99	0,19	16,04	1,47	-0,077	15,9	1,73	0,19	16	1,8	0,368	0,09
WHOQL-BREF	102	8,55	0,04	101,3	8,25	0,416	101,1	9,03	0,07	102,26	7,88	-0,676	103	7,46	0,07	98	9,2	3,132	0,002**
WHOQL-OLD	90,47	8,81	0,08	88,86	9,61	0,852	88,66	9,81	0,12	90,94	8,38	-1,262	90,9	8,61	0,12	88	9,84	1,623	0,108
DF°	16,28	2,34	0,04	16,1	1,98	0,377	15,76	2,43	0,19	16,61	1,93	-1,942	16,4	2,07	0,19	16	2,47	1,074	0,285
DP	15,83	1,53	0,04	15,69	1,53	0,442	15,84	1,54	0,04	15,72	1,51	0,379	16,1	1,38	0,04	15	1,62	2,908	0,004**
DS°	15,43	1,96	0,02	15,35	1,7	0,222	15,06	1,99	0,17	15,7	1,71	-1,736	15,6	1,75	0,17	15	2,06	1,184	0,239
DA°	14,81	1,52	0,02	14,74	1,73	0,201	14,8	1,62	0,01	14,77	1,58	0,119	15,1	1,55	0,01	14	1,54	2,514	0,014*
HS	16,84	2,5	0,04	16,62	2,49	0,429	16,55	2,45	0,08	16,94	2,53	-0,785	17	2,46	0,08	16	2,54	1,207	0,23
AUT°	14,91	1,69	0,07	15,17	2,02	-0,68	14,95	1,9	0,03	15,06	1,74	-0,306	15,2	1,71	0,03	15	1,98	1,489	0,14
PSO°	15,18	2,19	0,02	15,09	1,93	0,203	15,03	2,11	0,05	15,25	2,09	-0,533	15,3	1,93	0,05	15	2,38	1,229	0,222
MM	13,54	3,2	0,09	12,89	4,01	0,9	13,04	3,64	0,07	13,53	3,42	-0,702	13,5	3,65	0,07	13	3,24	0,79	0,432
INT	15,93	2,53	0,07	15,56	2,43	0,716	15,57	2,73	0,08	16	2,27	-0,854	15,9	2,39	0,08	16	2,72	0,293	0,77

Legenda: EFN (não realiza exercício de força), EFS (realiza exercícios de força), AGN (não realiza aulas de grupo), AGS (realiza aulas de grupo), PIN (não realiza exercícios na piscina), PIS (realiza exercícios na piscina), AEG (autoestima global), QVG (qualidade de vida geral), DF (Domínio Físico), DP (Domínio Psicológico), DS (Domínio Social), DA (Domínio Ambiental), HS (Habilidades Sensoriais), AUT (Autonomia), PSO (Participação Social), MM (Morte e Morrer) e INT (Intimidade), M (média), DP (desvio padrão), p (nível de significância) e *r* (effect size). * $p \leq 0,05$. ° Não foi calculado com base na totalidade dos itens originais.

Tabela 34: Valores de média, desvio padrão e significância para autoestima global e qualidade de vida para a variável exercício aeróbico e desporto, praticados pelo grupo ativo - U de Mann-Whitney.

	DEN				DES				EAN				EAS								
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	U	p	r		
AEG	29,07	3,34	29	2,23	614	0,881	-0,01	29,31	3,64	29,02	3,24	230,5	0,536	-0,06	15,75	1,77	15,74	1,76	195,5	0,959	-0,05
QVG	101,58	8,53	104,54	5,37	612	0,466	-0,07	100,42	10,67	101,98	7,97	193,5	0,526	-0,06	90,75	11,89	89,72	8,55	231	0,963	0
WHOQOL-BREF	16,18	2,22	16,8	2,16	595,50	0,751	-0,03	16,31	3,07	16,2	2,03	220	0,425	-0,07	15,66	1,66	15,8	1,5	202,5	0,884	-0,01
WHOQOL-OLD	15,37	1,9	16	0	636,5	0,368	-0,09	15,37	1,74	15,41	1,89	187,5	0,657	-0,04	14,6	2,03	14,82	1,5	139	0,497	-0,07
DF°	16,72	2,52	17,4	1,81	647	0,771	-0,03	16,56	2,68	16,8	2,47	222	0,751	-0,03	15,58	1,8	14,9	1,8	203,5	0,114	-0,16
DP	15,09	2,03	16,26	3,18	595	0,37	-0,09	14,5	3,29	15,27	1,78	185	0,41	-0,08	15,06	3,08	12,97	3,51	199,5	0,045*	-0,2
DS°	13,34	3,46	12,6	4,87	466	0,523	-0,06	15,25	3,21	15,9	2,34	224,5	0,378	-0,09	15,06	3,08	12,97	3,51	199,5	0,045*	-0,2
DA°	15,77	1,55	16	0,66	664,5	0,551	-0,06	15,37	1,74	15,41	1,89	187,5	0,657	-0,04	14,98	1,84	15,46	1,19	514,5	0,558	-0,06
HS	14,74	1,59	15,68	1,33	608,5	0,106	-0,16	14,6	2,03	14,82	1,5	139	0,497	-0,07	15,09	2,03	16,26	3,18	595	0,37	-0,09
AUT°	16,72	2,52	17,4	1,81	647	0,771	-0,03	16,56	2,68	16,8	2,47	222	0,751	-0,03	13,34	3,46	12,6	4,87	466	0,523	-0,06
PSO°	14,98	1,84	15,46	1,19	514,5	0,558	-0,06	15,58	1,8	14,9	1,8	203,5	0,114	-0,16	15,06	3,08	12,97	3,51	199,5	0,045*	-0,2
MM	15,77	1,55	16	0,66	664,5	0,551	-0,06	15,37	1,74	15,41	1,89	187,5	0,657	-0,04	15,06	3,08	12,97	3,51	199,5	0,045*	-0,2
INT	15,77	1,55	16	0,66	664,5	0,551	-0,06	15,37	1,74	15,41	1,89	187,5	0,657	-0,04	15,06	3,08	12,97	3,51	199,5	0,045*	-0,2

Legenda: DEN (não realiza desporto), DES (realiza desporto), EAN (não realiza exercício aeróbico), EAS (realiza exercícios aeróbicos), AEG (autoestima global), QVG (qualidade de vida geral), DF (Domínio Físico), DP (Domínio Psicológico), DS (Domínio Social), DA (Domínio Ambiental), HS (Habilidades Sensoriais), AUT (Autonomia), PSO (Participação Social), MM (Morte e Morrer) e INT (Intimidade), M (média), DP (desvio padrão), p (nível de significância) e r (effect size). * p ≤ 0,05. ° Não foi calculado com base na totalidade dos itens originais.

Sobre a variedade do tipo de exercício físico (tabela 35), é visto que nenhuma das variáveis psicológicas apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos que praticam um, dois ou 3 ou mais “tipos” de exercício físico.

Tabela 35: Valores de média, desvio padrão e significância para autoestima global e qualidade de vida para a variável variedade de exercício praticado pelo o grupo ativo – ANOVA.

	UT		DT		TMT		<i>F</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
	M	DP	M	DP	M	DP			
AEG	29,88	3,26	29,27	3,36	28,18	3,05	1,867	0,160	0,19
QVG	15,33	2,25	15,83	1,58	15,93	1,58	0,859	0,427	0,13
WHOQOL-BREF	101,28	9,64	102,60	8,26	100,54	7,80	0,565	0,570	0,11
WHOQOL-OLD	90,38	9,24	90,13	9,52	89,21	8,63	0,123	0,884	0,05
DF °	15,87	2,86	16,27	2,01	16,32	1,90	0,322	0,725	0,08
DP	15,83	1,39	16,05	1,66	15,26	1,30	2,466	0,090	0,22
DS °	15,00	1,76	15,54	2,11	15,50	1,50	0,719	0,490	0,12
DA °	14,76	1,95	14,86	1,32	14,68	1,74	0,115	0,892	0,05
HS	16,79	2,60	16,64	2,67	16,92	2,17	0,113	0,893	0,05
AUT °	15,38	1,71	14,83	1,85	15,00	1,87	0,739	0,480	0,12
PSO °	15,11	2,53	15,22	2,01	15,19	1,82	0,022	0,978	0,02
MM	14,50	2,99	12,77	3,40	13,10	3,99	2,009	0,140	0,20
INT	15,29	2,64	16,10	2,69	15,71	2,01	0,861	0,426	0,13

Legenda: UT (um tipo de exercício), DT (dois tipos de exercícios), TMT (três ou mais exercícios) AEG (autoestima global), QVG (qualidade de vida geral), DF (Domínio Físico), DP (Domínio Psicológico), DS (Domínio Social), DA (Domínio Ambiental), HS (Habilidades Sensoriais), AUT (Autonomia), PSO (Participação Social), MM (Morte e Morrer) e INT (Intimidade), M (média), DP (desvio padrão), *p* (nível de significância) e *r* (effect size). ** $p \leq 0,01$ e * $p \leq 0,05$. ° Não foi calculado com base na totalidade dos itens originais.

Aqui não distinguimos as diversas combinações possíveis entre 2 tipos e 3 ou mais tipos de exercício físico praticado regularmente. Só nos atemos para a quantidade de estímulos fisiológicos e biomecânicos possíveis durante a prática.

7. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Após observarmos algumas diferenças entre a constituição dos domínios na escala original e nos resultados do presente estudo, ao que se refere aos itens, discutiremos primeiramente as possíveis causas dessas diferenças detectadas em relação à avaliação do traço latente dos itens que não seguiram o padrão esperado do questionário original, e posteriormente analisaremos os resultados psicométricos de ambos os questionários. Por último iremos discutir as diferenças das médias dos domínios e facetas da qualidade de vida geral para cada variável independente.

7.1 Discussão sobre os dados psicométricos dos instrumentos de qualidade de vida.

Acerca do questionário WHOQOL-Bref, observamos que poucos dos centros que já o validaram, vinculados ao grupo WHOQOL da Organização Mundial da Saúde, averiguaram se poderiam haver possíveis diferenças psicométricas desse instrumento quando analisado apenas com uma população idosa. Somado a isso, viu-se também a dificuldade de encontrar artigos que discutiam os resultados da análise dos componentes principais ou análise fatorial, entre os que a fizeram, todos relataram encontrar algum item que avaliava traço latente distinto da proposta original, fundamentando o encontrado em nosso estudo.

No WHOQOL-Old, também verificamos a dificuldade de encontrar discussões sobre os resultados da análise fatorial, principalmente sobre as cargas dos itens em relação às facetas originais, se houveram ou não cargas cruzadas e entre quais facetas.

7.1.1 Itens que avaliaram traços latentes diferentes do instrumento original WHOQOL-Bref

Sobre o questionário WHOQOL-Bref, uma das hipóteses para a diferença estrutural dos domínios entre nossos resultados e a escala original é justamente a

diferença das características da amostra do presente estudo em relação ao grupo de amostras utilizadas para a elaboração do instrumento, lembrando que a escala WHOQOL-Bref foi elaborada para a população adulta no geral, e segundo Colbourn et al. (2012), Vaz-Serra et al. (2006^a, 2006^b), a OMS utilizou amostras, para criação e validação do questionário, de no mínimo 300 pessoas adultas, considerando sujeitos acima do 18 anos, sendo que 250 delas devem ser utentes (adultos doentes) e 50 consideradas “normais”/saudáveis. Do grupo formado por utentes/doentes, metade deve ser do sexo masculino, ter mais de 45 anos, e metade dos utentes deve provir dos hospitais e a outra metade de ambulatórios.

Quando consideramos as características de cada população, podemos logo entender que pelo fato da nossa amostra ser constituída apenas por sujeitos idosos, muitas diferenças de cunho biopsicossociais acabam por ser evidenciadas.

A seguir tentaremos discutir, brevemente, as possíveis causas dessas diferenças encontradas em nossa amostra referente alguns itens que avaliavam domínios diferentes do que o sugerido na escala original. Para facilitar o desenvolvimento da discussão, abordaremos item por item.

Relativamente às questões 16, 17 e 18, verificamos que estas avaliavam os aspectos físicos na escala original e em nossa amostra avaliaram aspectos psicológicos.

Sobre item 16, “O quanto está satisfeito (a) com o seu sono?”, sabemos que o distúrbio do ritmo do sono, segundo Carvalho e Fernandes (2002), é um dos sintomas da depressão, o que é um fator de cunho psicológico. Carvalho & Fernandes (2002) afirmam que na velhice a probabilidade de padecer de depressão é mais elevada, sendo que entre os distúrbios psíquicos a depressão representa de 60 a 80% dos casos.

Muitos dos idosos apresentam quadros depressivos e, segundo Netto (2002), a situação se agrava porque a maioria deles tem depressão e infelizmente não são diagnosticados. O que quer dizer que sofrem com a patologia, entretanto não recebem o devido tratamento.

Verificamos em nossos resultados que a depressão foi uma das doenças que mais foram descritas pelos voluntários da pesquisa, e essa resultante apenas levou

em consideração o autorrelato. Atentamos que não é raro encontrar idosos que não sabem se foram diagnosticados de determinada patologia, e que muitas vezes eles acabam por realizar o tratamento medicamentoso sem saber sua funcionalidade. Essa questão é importante tanto para não assumirmos, de maneira errônea, o resultado por si só, sem considerar possíveis interferências que podem influí-lo.

Outra abordagem é pensar que a inatividade diária pode não leva a um esgotamento físico dificultando o sono, mas mesmo nesta situação a falta de ocupação do tempo acaba por acarretar também na deterioração das dimensões psicológicas.

Dessa maneira é provável que a insatisfação com o sono pode não ser apenas decorrente de um fator puramente físico, mas provavelmente da influencia da inter-relação entre aspectos fisiológicos e psicológicos.

Acerca do item 17, “O quanto está satisfeito (a) com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?”, podemos relacionar que a deterioração física leva a depreciação de algumas variáveis psicológicas como a diminuição da autoestima, insatisfação com a vida, entre outras, segundo Carvalho e Fernandes (2002), acarretando problemas nos domínios físico e psicológico.

Aqui cabe lembrar que apesar do envelhecimento celular levar a alteração da funcionalidade dos vários sistemas do corpo humano e conseqüentemente a piora das capacidades física, discutidas no capítulo 2, esse normalmente é acentuado devido à diminuição de atividades motoras realizadas no dia-a-dia, ou seja, quando a saúde empiora essa acarreta a diminuição da quantidade de atividade física realizada diariamente e essa diminuição acaba por facilitar a progressão das doenças previas e favorecer o aparecimento de novas, criando um ciclo vicioso.

Na questão 18, “O quanto está satisfeito (a) com sua capacidade para o trabalho?”.

Hwang et al. (2003) também relataram que essa questão apresentou carga cruzada estudo desenvolvido com a população idosa chinesa. Os autores apresentaram a discussão de que os idosos através da “auto-interpretação” podem associar as atividades relacionadas ao trabalho produtivo sob a visão da sociedade

industrial e não a capacidade de eles realizarem ou engajarem em atividades de qualquer caráter.

Quando existe essa relação entre capacidade de trabalho, pensasse na relação de produzir e consumir. Na velhice, segundo Carvalho e Fernandes (2002) e Vellas (2009), as pessoas acabam sendo rejeitadas por justamente não serem mais produtivas para padrões da sociedade industrial, retirando sua importância social.

Na discussão do envelhecimento é fulcral atentar para a real importância social do idoso, pois as mudanças dos papéis sociais ocorrem normalmente de maneira negativa e acabam afetando o convívio social, tanto na interação das relações já existentes, como também no aparecimento de novas.

Referente às questões 8 e 24, verificamos que avaliavam os aspectos ambientais na escala original e em nossa amostra avaliaram aspectos psicológicos.

Esta diferença encontrada, também pode ser vista no estudo de Fleck et al. (2000) que relataram que durante o processo de adaptação do WHOQOL-100 para versão abreviada (WHOQOL-Bref), eles tiveram problemas na correlação de itens que pertenciam ao domínio ambiental, porque apresentaram cargas fatoriais mais elevadas no domínio psicológico.

Na pergunta 8, “O quanto se sente seguro (a) na sua vida diária?”, podemos pensar em segurança no geral, e talvez em Portugal o “estar seguro” não remete, somente, a proteção contra a violência, furtos e roubo, mas parece que poderia estar relacionado também com outros sentimentos de segurança como o receio de ter uma queda, algo muito usual entre os idosos, e não ter a quem pedir socorro, podendo acarretar em consequências mais graves como levar a morte. Esse fato foi relatado por algumas pessoas ao investigador do presente trabalho durante o processo de coleta dos dados.

Hwanget et al. (2003) abordam a relação entre o meio e aspectos psicológicos, afirmando que o meio ambiente está fortemente associado com qualidade de vida entre os idosos principalmente sobre os aspectos da prevenção de queda, da interação social, do envolvimento em atividades, da independência e segurança, e do bem-estar psicológico.

Além disso, quando determinadas adaptações no meio ocorrem, podemos esperar, como consequência, a maximização das capacidades dos idosos o que leva a uma compensação do declínio presente das funções ou da co-morbidade crônica. O autor refere-se a essa situação exemplificando que uma temperatura ambiente mais elevada pode evitar a hipotermia entre idosos sedentários.

Sobre a questão 24. “O quanto está satisfeito (a) com o seu acesso aos serviços de saúde?”

Em Portugal, ainda, o sistema de saúde é acessível à maioria da população principalmente em grandes centros como Coimbra, diferente de outros países como os do continente americano, o serviço de saúde pode acabar por não ser visto somente como algo material, ou referente ao ambiente, mas sim como algo que traz um conforto psicológico. Isso pode ocorrer devido os idosos perceberem que o período da vida em que se encontram é marcado pelo agravo da deterioração física e que por consequência leva, na maioria das vezes, no surgimento ou aumento de doenças. Assim, ter um bom sistema de saúde e facilidade de utilizá-lo, pode levar a uma sensação de “tranquilidade” referente ao futuro ou de não precisar se preocupar se ao final da vida poderá ficar sem assistência médica, um fator a menos de stress sobre o próprio futuro.

Referente à questão 23 “O quanto está satisfeito (a) com as condições do local onde mora?”, verificamos que a mesma avaliava os aspectos ambientais na escala original e em nossa amostra avaliaram aspectos sociais.

Essa questão parece ser pertinente em avaliar os aspectos sociais que envolvem os idosos, uma vez que a palavra “condições” não remete a interpretação apenas do aspecto material (pavimentação da rua ou, por exemplo, estrutura arquitetônica da casa ou asilo em que residem).

Aqui poderíamos pensar nos fatores sociais que gravitam o local de residência e talvez o mais fácil de exemplificá-los é a vizinhança. Normalmente é comum ver idosos morarem no mesmo local durante anos, principalmente nas aldeias e cidades menores, muitas vezes desde a infância, e acabam por conhecer os vizinhos e funcionários dos comércios ao redor, criando relações mais estreitas entre todos, onde todos se cumprimentam, conhecem os nomes e criam um ambiente quase que

familiar. O mesmo acontece com idosos institucionalizados, em que passam a viver com desconhecidos que ao cabo se tornam as pessoas mais próximas e em muitos casos sua única família.

Referente à questão 21 “Até que ponto está satisfeito (a) com sua vida sexual?”, verificamos que ela avaliava os aspectos sociais na escala original e em nossa amostra avaliou aspectos físicos.

Entre todos os itens apontados na literatura relativos às diferenças encontradas entre escala original e os estudos, o item 21 foi o mais referido, demonstrando que existem algumas características distintas entre os adultos e os idosos a respeito da sexualidade.

No estudo de Espinoza et al. (2011), os autores descrevem que essa questão teve grande percentagem de omissão de respostas por parte de pessoas idosas, o visto também em outros estudos anteriores, com o WHOQOL-Bref, como o de Chien et al. (2007) com valores de *missing* de 18,4% e de Hwang et al. (2003) com 17%. Entre as justificativas dadas pelos autores, temos que a grande parte dos sujeitos já não tem um parceiro e, somado a isso, o fato da sexualidade neste grupo de pessoas ainda ser um tabu.

Acerca dos resultados dos centros integrados ao grupo WHOQOL, Molzahn, et al. (2010) nos relatam que houve ausência de 8.7% de respostas relacionadas ao item sobre a vida sexual.

Aveiro, Navega, Granito, Rennó, e Oishi (2004) citam que na avaliação da qualidade de vida com outro instrumento (específico para osteoporose) optou-se por retirar a dimensão “atividade sexual” por justamente se depararem com um número grande de mulheres idosas que não queriam responder as perguntas relacionadas a esta dimensão. O fato de termos encontrado também em outros instrumentos, que avaliavam a qualidade de vida, a descrição dessas barreiras para abordar a sexualidade no contexto do envelhecimento em idades mais avançadas, corroboram a dimensão negativa que existe nos tabus relacionados à vida sexual dos idosos.

Essa questão está vinculada ao conjunto de situações que rodeiam esses paradigmas criados sobre o envelhecimento e o idoso, discutido no capítulo 2, onde pode ser explicado pelo contexto e valores em que estamos inseridos.

Quando referimos ao contexto, direcionamos a discussão sobre a sociedade em que o indivíduo está inserido, e as interações sociais que ocorrem devido características que ela possui. Tentamos realizar uma abordagem genérica porque existem diversos fatores que vão influenciar as ações resultantes, e no caso da sexualidade na velhice podemos citar alguns que são os mais comuns como valorização ou não do corpo, o que se entende pelo corpo idoso, a visão coletiva da mulher como ser ou como objeto, entendimento do que é afetividade e como ela é materializada, se o ato sexual é visto apenas como meio para a reprodução (algo mecânico) ou como uma consequência da relação sócio-afetiva com outro alguém, entre outros questionamentos que vão direcionar o cociente coletivo e individual.

É importante lembrar que muito se confunde acerca da sexualidade. Ribeiro (2002) argumenta que muitas vezes apesar da “relação sexual” ser um dos componentes da sexualidade, elas são utilizadas como sinônimos. Os outros elementos que a compõe são a troca de cheiro, olhares, sons, toques, secreções e carícias. Isso quer dizer que o sexo não compete apenas ao movimento físico dos pares, mas também a troca estímulos sensoriais, entretanto os valores de uma população (grupo etário, religioso, geográfico etc.) é que vão determinar a apreciação ou depreciação do sexo.

Relativo especificamente sobre o sexo na terceira idade, Chien et al. (2007) afirma que a cultura social do local onde o sujeito está inserido pode desencorajar a expressão dos desejos sexuais.

Outra justificativa apontada por Hwang et al. (2003) para a ausência de resposta ao referido item na população idosa é devido a questões do estado civil e religiosa. No estudo realizado pelos autores, com taiwaneses, 34% viviam sem o conjugue levando a não querer responder o item.

A relação com alguma deterioração física também pode ser uma causa. Foi encontrado que uma proporção substancial de ausência de respostas sobre a sexualidade em pacientes com câncer no Reino Unido (19%) e pacientes com doença hepática crônica doença nos Países Baixos (12-21,9%), enquanto as taxas de valor em falta nos demais itens foram de < 5% (Hwang et al., 2003).

Para Espinoza et al. (2011) uma forte justificativa é que as representações sociais que impõe um caráter negativo a sexualidade podem ter sido a principal causa de ter levado os idosos nas pesquisas não terem respondido a pergunta.

7.1.2 Análise e discussão dos dados psicométricos do WHOQOL-Bref

Acerca dos resultados psicométricos, o coeficiente de fidedignidade para nossa escala foi de 0,905 para os 26 itens. O estudo original em Portugal realizado por Vaz-Serra et al. (2006^b) apresentam valores de 0,920. O que significa que, mesmo o questionário sendo aplicado para um grupo específico da sociedade portuguesa, ele ainda representa um bom instrumento para validar a qualidade de vida geral ao que referimos sobre a fidedignidade do teste.

Em relação aos valores de cada domínio, o alfa de Cronbach, da amostra total, apresentou resultados próximos da média obtida pelo grupo WHOQOL e não teve nenhum valor igual ou abaixo do valor mínimo descrito pelos autores Skevington, Lotfy e O'Connell (2004). A única diferença é que na maioria dos estudos (Colbourn et al., 2012; Espinoza et al., 2011; Kalfoss et al., 2008; Kalfoss et al., 2010; Lucas-Carrasco, Laidlaw & Power, 2010; Skevington et al., 2004; Vaz-Serra et al., 2006^b) o domínio social é o que possui os menores valores e já em nossa amostra o menor valor foi para o domínio ambiental (0,669).

Em relação da aplicação deste instrumento especificamente na população idosa, verificamos que poucos estudos validaram e/ou discutiram os resultados do WHOQOL-Bref neste grupo. Entre esses escassos estudos verificamos que Espinoza et al. (2011) discutem os valores psicométricos do WHOQOL-Bref nos idosos chilenos, e entre os resultados observaram que o coeficiente do alfa de Cronbach para os 26 itens foram de 0,888 e que houve correlação entre os domínios e o valor total do instrumento.

Os estudos desenvolvidos no Canadá e Noruega encontraram os resultados do alfa de Cronbach para o total da escala de 0,93 e 0,92, respectivamente (Kalfoss et al., 2008). Em Espanha o resultado foi de 0,90 (Lucas-Carrasco et al., 2010).

Dessa maneira o resultado de para fidedignidade do presente estudo apresentou valores que condizem com os resultados de outras pesquisas.

A respeito da validade do construto observamos que os valores de r de Pearson foram elevados na correlação entre valor total da escala e os domínios que a constroem.

Como em nosso estudo, Lucas-Carrasco et al. (2010) também encontraram os melhores valores de correlação entre os domínios físico e psicológico, e ambiental e psicológico.

7.1.3 Itens que avaliaram traços latentes diferentes do instrumento original WHOQOL-Old

Discutiremos brevemente as possíveis causas para as diferenças encontradas na análise fatorial do questionário WHOQOL-Old, entre nossa amostra e o estudo original, referente aos itens que avaliavam domínios diferentes do esperado.

No geral, verificamos que a maior característica entre as trocas de itens que avaliavam determinados traços latentes ocorreu entre as facetas “autonomia” (AUT), “participação social” (PSO) e “atividades passadas, presentes e futuras” (PPF). Parece que essa fusão ocorre porque essas dimensões apresentam forte interação, tanto que pudemos este aspecto através da das cargas cruzadas entre essas facetas ou carga representativa em outro domínio que não o de origem.

Essa particularidade pode também ser observada nos resultados obtidos por Halvorsrud, Kalfoss e Diseth (2008), em que todos os itens domínio PPF tiveram cargas cruzadas com outros domínios como o AUT e INT.

Referente às questões 13 e 15, verificamos que avaliavam os aspectos das atividades passadas presentes e futuras na escala original e em nossa amostra avaliaram a faceta da AUT.

A questão 13, “Até que ponto sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?”, na escala original pertence ao domínio das atividades

passadas, presentes e futuras, entretanto após a análise de nossos dados, verificamos que no presente estudo este item apresentou carga fatorial cruzada entre os domínios intimidade e autonomia. Pode até parecer que não haja relação direta entre estes domínios, mas durante a aplicação do questionário estudado, o autor do estudo diversas vezes escutou relatos dos sujeitos sobre a relação de não ter reconhecimento principalmente dos familiares, muitas vezes relatando que muitos nem os veem, principalmente nos casos que os idosos vivem sozinhos ou em lares. No caso das pessoas institucionalizadas é fácil perceber a relação entre o item 13, a autonomia e intimidade, uma vez que a perda da autonomia (por fatores físicos ou psíquicos) levam os familiares a optarem por deixar o idoso em uma casa de repouso, asilo ou lar. Após essa decisão é comum ver que ao longo do tempo os familiares vão se afastando do idoso. Chegamos a ver relatos durante a pesquisa de pessoas que já não viam seus filhos e netos há mais de 10 anos.

Neste sentido Crooks (1999) nos traz o estudo realizado pela *Alliance for Aging Research*, em que verificaram que entre os maiores medos no que diz respeito ao envelhecimento o maior, apontado por 64% dos idosos, é o de ir viver em um asilo.

Refletindo sobre as questões da faceta “intimidade”, percebemos que as questões referem-se sobre a percepção do indivíduo sobre o amor que recebe e dá para as demais pessoas. Dessa maneira não é de estranhar que essa questão também tenha apresentado carga de correlação neste fator.

A questão 15, “O quanto está satisfeito com aquilo que alcançou na sua vida?”, pode ser analisada através da faceta AUT, justamente, em relação à perda dela. Aqui podemos tentar perceber que apesar de tudo o que alcançou na vida relacionado aos bens materiais, profissionais, construção de uma família e outros fatores que sempre fazem parte dos planos das pessoas durante a fase inicial da vida adulta, muitas vezes ficam em segundo plano porque com a diminuição ou perda da autonomia, acabam por não poderem gozar plenamente dos feitos ou pelas suas limitações ou pelo como elas refletem na expectativa dos outros em relação ao sujeito idoso.

Referente à questão 19 “O quanto está feliz com as coisas que pode esperar daqui para frente?” verificamos que a mesma também avaliava a faceta de

atividades passadas presentes e futuras na escala original e em nossa amostra avaliaram aspectos da participação social.

Uma das hipóteses para a relação entre as facetas e este item, seria o fato de os possíveis planos são baseados no ambiente que nos envolve, o que inclui também as relações estabelecidas com as outras pessoas. No caso do idoso, talvez entre os laços sociais mais presentes, poderíamos atentar a relação com o conjugue e filhos (e netos).

Infelizmente, na velhice os filhos, parentes e amigos estão, geralmente, longe ou desapareceram (Vellas, 2009). O que restringe a possibilidade de planos futuros.

Acerca da questão 14 “Até que ponto sente que tem ocupações/atividades suficientes em cada dia?” verificamos que a mesma também avaliava a faceta de participação social na escala original e em nossa amostra avaliaram aspectos de atividades passadas presentes e futuras.

Aqui podemos pensar que as relações sociais no presente, que podem ter sido construídas no passado como também no presente, é o que determina em grande parte a quantidade de atividade realizada por uma pessoa idosa durante o seu dia-a-dia, o que quer dizer que tanto para idosos institucionalizados como não institucionalizados, as atividades do presente tem alta relação com o que o ambiente social estimula. Por exemplo, o ingresso ou o egresso em atividades realizados em um centro (como cursos de artesanato, programa de exercício físico, viagens) é estimulado por parentes, amigos, cuidadores e/ou profissionais da saúde.

Em relação às duas questões anteriores (14 e 19), Leplège et al. (2013) relatam em seus resultados que elas foram os itens que apresentaram a menor relação com seu domínio original, como também com os outros domínios.

Relativamente à questão 11 “Até que ponto consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?”, verificamos que a mesma também avaliava a faceta de AUT na escala original e em nossa amostra avaliaram aspectos de atividades passadas presentes e futuras.

Esse talvez seja o item em a relação entre a AUT e a faceta PPF seja mais fácil de visualizar, isso porque os planos pessoais para o presente e passado ficam

restritos pela autonomia que o sujeito tem de executá-los, que pode ser de cunho físico, social e psicológico.

Esse item também apresentou *cross-loaded* no estudo desenvolvido por Halvorsrud et al. (2008).

A estreita relação entre os três domínios (AUT, PSO e PPF) também foi relatada pelos representantes do grupo WHOQOL Portugal¹, Leplége et al. (2013) e Eser, Saatli, Eser, Baydur e Fidaner (2010).

Leplége et al. (2013), observou que a faceta da AUT apresentou alta correlação com as facetas PPF e PSO com valores superiores a 0,8. Eser et al. (2010) verificou que a correlação mais elevada ocorreu entre AUT, PSO e PPF, já Halvorsrud et al. (2008) observaram esse resultado entre PSO e PPF. Em nossos resultados também pudemos observar que a correlação mais alta, entre todas as dimensões do WHOQOL-Old, ocorreu justamente entre AUT e PSO.

Halvorsrud et al. (2008) e Power et al. (2005) consideraram que a faceta PPF e os itens que a compõe, um fator confuso e fraco.

7.1.4 Análise e discussão dos dados psicométricos do WHOQOL-Old

A consistência interna do WHOQOL-Old foi de 0,88, considerada como boa, entre os domínios o alfa de Cronbach mais elevado foi para “intimidade” (0,93) e o mais baixo para “morte e morrer” (0,65). Esses resultados são próximos dos encontrados por Lucas-Carrasco et al. (2010), que apresentaram valores mais altos para a mesma faceta e o mais baixo para “autonomia” com valor de 0,65, que em nosso estudo foi a faceta com o segundo valor mais baixo (0,66). Eser, et al. (2010) também tiveram o valor mais baixo para a faceta “autonomia” (0,68).

¹ Relato feito pessoalmente em reunião entre a pesquisadora responsável do presente estudo e representante do grupo WHOQOL Portugal, Dr^a Maria Manuela Perreira Vilar.

Nos demais estudos o valor de alfa de Cronbach para o total da escala variou entre 0,89 em Portugal² (Vilar, Simões, Sousa, Firmino, Paredes & Lima, 2010), 0,70 em Austrália (Pell, Bartlett & Marchall, 2007), 0,84 em Espanha (Lucas-Carrasco et al., 2010), 0,85 em Turquia (Eser et al., 2010), 0,89 na Noruega (Halvorsrud et al., 2008), 0,83 no Chile (Urzúa et al., 2011).

Referente à validade convergente, verificamos que o valor total de WHOQOL-Old teve correlação bivariada significativa com todos os domínios do WHOQOL-Bref, com os valores variando entre $r = 0,42$ e $r = 0,72$. Os resultados são ligeiramente mais baixos dos encontrados por Vilar, et al. (2010), que relataram valores das correlações entre $r = 0,60$ e $r = 0,74$.

Para a validade discriminante os resultados mostraram uma correlação entre o escore total do WHOQOL-Old e autoestima elevada ($r = 0,50$).

Verificamos que em nossa amostra as correlações entre as facetas do WHOQOL-Old variaram entre 0,43 (“intimidade” e “autonomia”) e 0,05 (“morte e morrer” e “participação social”).

Como em nosso estudo, Vilar et al. (2010), também verificaram que a faceta com a menor correlação com a variável “qualidade de vida” foi a faceta “morte e morrer”. No estudo de Lucas-Carrasco et al. (2010) a variável “morte e morrer” apenas se correlacionou significativamente com a faceta “habilidades sensoriais”. Eser et al. (2010) e Urzúa et al. (2011) verificaram que a “morte e morrer” teve a média e as correlações mais baixas entre facetas e o valor total de WHOQOL-Old.

Por fim, corroboramos que as correlações entre as facetas do questionário WHOQOL-Old foram todas significativas e, em sua maioria, com valores de significância de $p \leq 0,01$, com valores de correlação elevados entre as facetas, confirmando a validade do constructo.

² A validação autorizada do WHOQOL-Old está sendo realizada pela prof^a Maria Manuela Pereira Vilar, professora da faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra e integrante do grupo WHOQOL Portugal, entretanto por uma defasagem temporal, só se foi sabido esta informação no período da discussão dos dados (dois anos depois de iniciar o projeto de pesquisa do presente estudo).

7.2 Discussão dos resultados da associação entre as variáveis independentes e as variáveis de natureza psicológica

Averiguamos que entre os resultados gerais, os idosos do presente estudo obtiveram valores positivos para a qualidade de vida geral, com médias de 70,31% no WHOQOL-Bref e 67,08% no WHOQOL-Old, e também valores positivos para autoestima global, com 61,56%.

Esses resultados estão de encontro com o que Llobet et al. (2011) corroboram, afirmando com base nos resultados encontrados na literatura, que parece que a percepção dos idosos não é negativa sobre os sentimentos de satisfação e felicidade com suas vidas atuais.

O que nos leva a pesar e pensar sobre o que discutimos durante todo o trabalho: que o envelhecimento traz consigo algumas alterações, mas elas não devem ser vistas como é sinônimo de infelicidade ou *apenas* como perdas negativas para a vida dos idosos.

Lembramos que a percepção deste processo é que vai se diferenciar em cada indivíduo. Como cada um irá sofrer influência de diversos fatores e como esses fatores vão interagir e acima de tudo como a pessoa vai perceber e assimilar as situações decorrentes é que vai levar aos diferentes resultados, esses expressos através de atitudes e essas por consequência podem levar ao aumento de deterioração da vida (todas as dimensões que a circundam).

Relativamente às diferenças entre grupos seguiremos a discussão na ordem da apresentação dos resultados, considerando primeiramente a variável gênero, estado civil, grupo etário, patologias e exercício físico, e posteriormente tentamos explicar as possíveis influências das variáveis moderadoras acerca da influência do exercício físico, como tempo de prática (adesão), tipo de exercício praticado e variedade de exercício físico praticado.

Relacionado à variável gênero, apenas encontramos diferenças estatisticamente significativas no domínio físico, onde os homens apresentaram os melhores resultados.

Arslantas et al. (2009), além que do domínio físico, também verificaram que os homens tinham valores mais elevados no domínio psicológico, ambiental e na qualidade de vida geral. Outro resultado foi relatado por Vilar et al. (2010), que relataram que os homens apresentaram melhores resultados para a faceta “morte e

morrer”. Lucas-Carrasco et al. (2010) verificaram que os homens apresentaram valores mais altos que as mulheres, mesmo que sem diferenças estatisticamente significativas, em todos os domínios e facetas, exceto no domínio social. Já outros autores, como Eser et al. (2010), Gómez-Olivé et al. (2010) e Sewo Sampaio e Ito (2013) afirmam não terem encontrado nenhuma diferença da qualidade de vida e seus domínios quando comparado o gênero.

Quando realizamos as comparações dos resultados das variáveis dependentes sobre a perspectiva da variável do estado civil, verificamos que o grupo de pessoas casadas e divorciadas tiveram melhores resultados comparado com o grupo de pessoas solteiras e viúvas. Os resultados foram estatisticamente significativos para a variável autoestima global, qualidade de vida geral, valor total do WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old, domínio físico, psicológico, domínio social, autonomia e intimidade.

No trabalho de Arslantas et al. (2009) também foi possível encontrar que as pessoas que eram casadas tiveram melhores valores para a qualidade de vida geral, domínio físico, psicológico e ambiental.

Os resultados acerca do gênero e do estado civil podem provavelmente ser analisados através de uma perspectiva interacional, porque eles podem ter forte relação observarmos que em nosso estudo, o número de mulheres foi inferior aos dos homens e que os grupos categorizados como “solteiro (a)” e “viúvo (a)” foram praticamente formados por mulheres (75% e 79%, respectivamente).

Essa inter-relação pode ocorrer porque, segundo Perista e Perista (2012), as mulheres idosas vivem sozinhas com maior frequência, em alguns casos por opção, mas muitas vezes na sequência de viuvez, separação ou divórcio, e isso acaba por acarretar algumas dificuldades financeiras. Sabe-se que os fatores econômicos também são fatores que influenciam os níveis de bem-estar e qualidade de vida geral.

Aqui temos então dois fatores que podem influenciar negativamente a qualidade de vida, questões econômicas e afetivas. Sobre a ingerência da primeira podemos citar, por exemplo, que a diminuição da renda acarreta na menor disponibilidade de participar de atividades de ócio, aumento da probabilidade de entrar em uma situação de precariedade.

Relativamente ao segundo fator, sabemos que a afetividade e a relação de suas dimensões com a qualidade de vida é um tema amplo e complexo, mas

tentando abordá-la em linhas gerais, e mesmo considerando o fato que viver sozinho não significa necessariamente sentir-se solitário, é provável que o isolamento traga consigo sentimentos como a solidão, levando ao aparecimento de distúrbios psicológicos como a depressão.

No caso de idosos divorciados, merece ressaltar mesmo em casos que a pessoa tenha filhos isso não significa necessariamente que terá o aporte afetivo e apoio emocional, porque como vimos, em muitos casos os idosos acabam por serem abandonados pelos familiares mais próximos, tanto no dia-a-dia como quando são levados aos asilos.

Sobre a relação entre os grupos etários e a qualidade de vida geral, os resultados obtidos vão de encontro com o esperado pela literatura, em que Llobet e Ávila (2011), Selai e Trimble (1999), Shepard (2003) e Hernández citado por Mora, Villalobos, Araya e Ozols (2004) indicaram que com o avançar da idade aumenta a probabilidade de diminuir a qualidade de vida.

No que concerne aos resultados dos domínios do WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old, como no presente estudo, os autores Arslantas et al. (2009) verificaram diferenças no domínio físico entre idosos mais jovens e mais velhos, onde os últimos apresentaram as médias mais baixa que idosos mais novos. Lucas-Carrasco et al. (2010) também observaram que os idosos mais jovens apresentaram os scores mais elevados em todos os domínios e facetas da qualidade de vida, comparados aos idosos mais velhos.

Vilas et al. (2010) verificaram que em todas as facetas, exceto a “morte e morrer”, os idosos mais jovens tiveram valores maiores que os idosos mais velhos. Contudo na população idosa turca, Eser et al. (2010) verificam que os idosos mais jovens apenas se diferenciaram nos resultados com valores superiores em duas facetas, “habilidade sensorial” e “morte e morrer”.

Em contrapartida, Sewo Sampaio e Ito (2013) não encontraram diferenças entre diferentes idades em idosos.

Justifica-se que os idosos mais jovens apresente melhores médias referente à faceta “habilidades sensoriais” devido à perda exponencial dos sentidos com o aumento de anos, como por exemplo, o tato e o paladar que ocorre de maneira independente de intervenções preventivas.

Quando pensamos nas questões relacionadas à ausência de doenças, verificamos conforme o avançar da idade aumentou também a porcentagem de pessoas com mais patologias relatadas. Essa característica é confirmada por Veras (2009), que apresenta que oito em cada dez idosos têm pelo menos uma doença crônica, onde a maioria das patologias crônicas nesta população tem como principal fator de risco a própria idade.

Como vimos no resultado referente ao número de patologias, as pessoas que tinham um menor número de doenças relatadas apresentaram melhores resultados para a autoestima geral, qualidade de vida geral, resultado total do WHOQOL-Bref e Old, domínio físico, psicológico, social e habilidades sensoriais.

Entre os fatores que podem estar associados a essa diferença, a questão temporal da relação com a patologia pode ser importante. García-Altés et al. (2006) afirmam que as doenças, dores e limitações causadas nos últimos 12 meses reduzem a qualidade de vida mais do que as doenças crônicas.

Como vimos nos resultados da variável “patologia”, a doença com maior incidência registrada em nossa amostra foi a hipertensão. Isso também foi observado nos estudos realizados com idosos por Acree et al. (2006), Arslantas et al. (2009), Beydoun e Popkin (2005), Úrzua et al. (2011) e Wada et al. (2005).

Para Crooks (1999) a hipertensão aparece entre as principais doenças diagnosticadas, afirmando que ela atinge cerca de 36% da população idosa. Este autor ainda afirma que 85% dos idosos apresentam uma ou mais doenças ou problemas de saúde. Relembrando, que em nossa amostra verificamos que 70,2% das pessoas relataram ter mais de duas patologias.

Sobre a associação das patologias e os níveis de qualidade de vida e seus domínios, Arslantas et al. (2009) relatam, em sua leitura, que em Taiwan verificaram que as doenças crônicas afetaram negativamente todos os domínios exceto o domínio ambiental.

Entre todas as variáveis independentes analisadas, a prática de exercício físico foi a que se mostrou mais efetiva para os scores positivos de qualidade de vida e autoestima global.

Verificamos que os idosos fisicamente ativos apresentaram melhores valores para a autoestima, qualidade de vida geral, incluindo todos os domínios avaliados

pelo WHOQOL-Bref e alguns domínios do WHOQOL-Old (habilidade sensorial, intimidade e autonomia).

O exercício físico parece alcançar uma diversidade de elementos que auxiliam na melhora da qualidade de vida geral e da autoestima global, não poderíamos aqui assegurar exatamente quais seriam, pois não mensuramos tais fatores para tal afirmação. Contudo na literatura, conseguimos observar alguns estudos que controlaram variáveis intermédias, como em Crooks (1999), que faz uma abordagem da influência do exercício físico e o sono, assegurando que os idosos que se exercitam regularmente dormem melhor, são menos vulneráveis às doenças virais e possuem uma melhor qualidade de vida do que os sedentários.

Sewo Sampaio e Ito (2013) verificaram alta correlação com os scores elevados de WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old e exercício físico, sendo este uma das variáveis que mais influenciaram positivamente os resultados da qualidade de vida. Estes autores afirmam que o exercício físico melhora a qualidade de vida e o estado de saúde mental e físico através do desenvolvimento das capacidades físicas, condicionamento, levando o indivíduo a um grau de independência e consequentemente influenciando na sua autoestima.

Acerca dos resultados das facetas do WHOQOL- Old, na pesquisa de Alencar, Sousa, Aragão, Ferreira e Dantas (2010), verificaram que as mulheres fisicamente ativas tiveram resultados estatisticamente significativos para “participação social”, “autonomia”, “atividades passadas, presente e futuras” e “qualidade de vida geral”, e ainda sem resultado significativo também para “intimidade”. Como em nossa amostra, a faceta “morte e morrer” também foi mais elevada para o grupo sedentário.

Observamos que as pessoas que eram sedentárias apresentaram um maior número de patologias relatadas que as pessoas que eram fisicamente ativas. Aqui é necessário realizar uma ressalva, porque esses resultados não são diretamente proporcionais, isso porque o maior número de patologias pode ser uma das causas para as pessoas estarem na condição do sedentarismo e não o contrário. E isso muitas vezes acontece porque dependendo do tipo ou quantidade de doenças diagnosticadas, existe uma tendência de a pessoa reduzir suas atividades, muitas vezes por receio que essas possam piorar seu estado ou acarretar em um acidente, levando, por exemplo, a perda da mobilidade e por consequência independência ou até mesmo a morte.

Apesar de vários estudos corroborarem, ao menos para uma grande parte deles, que o programa de exercício físico é uma ferramenta de prevenção e/ou de tratamento de doenças, essa informação ainda não é difundida com prestígio na sociedade no geral, tanto entre profissionais, principalmente da saúde, como para os cidadãos, especialmente os com menos condições de acesso às informações.

Sobre essa relação de um estilo de vida fisicamente ativo e doenças, sociedade científica no geral aponta para os benefícios que o exercício regular na prevenção de diversas doenças como a síndrome metabólica, osteoporose entre outras. Entretanto, curiosamente, Peltzer e Phaswana-Maftiya (2012) afirmam não terem encontrado associação entre hipertensão, diabetes, depressão e artrite com o baixo nível de atividade física regular.

Verificamos que existe uma problemática durante o envelhecimento em idades mais avançadas, em que com o passar dos anos a tendência é das pessoas se tornarem cada vez mais sedentárias. Peltzer e Phaswana-Maftiya (2012), sob uma abordagem geral, e Camões e Lopes (2008), mais especificamente sob a realidade portuguesa, verificaram que com o passar dos anos, existe uma redução drástica das atividades físicas de lazer e exercício físico tanto entre homens quanto em mulheres nesta fase da vida.

Assim, parece-nos necessário que os resultados de investigações dos benefícios reais dos programas de exercício físico específicos para determinadas doenças sejam divulgados e disseminados, principalmente entre a classe médica, para que todas as pessoas tenham acesso às informações dos tratamentos primários e secundários possíveis com o exercício físico regular, auxiliando na diminuição de incidência e/ou evolução de algumas patologias.

Na relação entre a qualidade de vida geral, a autoestima global e o exercício físico, Dionigi e Cannon (2009) afirmam que os estudos indicam a importância do exercício físico para o incremento das médias da qualidade de vida *através* da autoestima global, da autoestima física e autopercepção física.

Sobre o tipo de exercício e variedade do tipo de exercício praticado, verificamos que houve poucas diferenças, tanto estatisticamente significativas como em relação os valores absolutos da média obtida nos resultados entre os grupos.

Quando observamos os valores do *effect size*, também constatamos que apenas duas das variáveis, domínio psicológico e domínio ambiental, apresentaram valores médios.

Parece-nos necessário fazer uma ressalva em relação à metodologia e tratamento dos dados para avaliar o peso das variáveis independentes (tipo e variedade de exercício físico), pois um idoso poderia realizar diversos tipos de atividades e nos nossos resultados ele não é discriminado do idoso que apenas pratica um tipo, não tornando possível a distinção exata sobre a influência sobre cada tipo de exercício em nosso contexto e conseqüentemente das diversas possibilidades de modelos de variedade de exercício praticado.

Alusivo aos resultados gerais entre idosos ativos e sedentários Acree et al. (2006) descreveram que encontraram diferenças especificamente na qualidade de vida relacionada à saúde, no qual o primeiro grupo apresentou melhores resultados. Dentro deste grupo, verificaram que idosos que realizavam, ao menos, exercícios com intensidade moderada por mais de uma hora durante na semana apresentaram os melhores resultados, mais especificamente nos domínios físico e mental.

Relativo especificamente aos tipos de treinamento Acil, Dogan e Dogan (2008) verificaram que um programa de exercício físico aeróbico de intensidade leve a moderada, com três sessões semanais, de 45 minutos cada, ao longo de 2 meses, melhorou sintomas psiquiátricos e aumentou a qualidade de vida geral, e todos os domínios que a compõe, em pacientes com esquizofrenia. Sobre o impacto do programa de exercícios de força com idosos Kimura, Obuchi, Arai, Nagasawa, Shiba, Watanabe e Kojima (2010) encontraram melhoras modestas na qualidade de vida, avaliada através do questionário SF-36, com diferenças significativas entre pré e pós-teste na faceta “saúde mental”.

Os dados podem não ter demonstrado resultados similares ao da literatura porque, provavelmente, existam outras variáveis que procedem do exercício físico que possam ter maior peso no que refere ao seu impacto na qualidade de vida geral e autoestima global. Essas variáveis podem ser vinculadas diretamente ao exercício físico regular como, por exemplo, a intensidade de cada sessão e resultante de todo o programa, tempo total contabilizado de exercício físico realizado (semanal e mensal) e variedade de estímulos biomecânicos realizados com planejamento prévio, como também das características da própria amostra, como precederem de uma qualidade de vida geral e uma autoestima global elevadas antes do início da prática regular do exercício físico.

Kimura et al. (2010) apoiam-se justamente neste último ponto, no qual justificam que talvez não se verificou melhores resultados mensuráveis porque os idosos que iniciaram o programa proposto já eram saudáveis.

8. CONCLUSÕES

Verificamos a validade do constructo no WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old através das correlações significativas entre as facetas e domínios que os compõe e a validade discriminante entre idosos com quadro de saúde melhor e pior, como também ativos e sedentários.

Com os resultados obtidos através da análise dos componentes, verificamos que o WHOQOL-Bref e o WHOQOL-Old têm bons valores psicométricos, podendo ser utilizado também na população idosa portuguesa.

Quando aplicado na população idosa portuguesa, o questionário WHOQOL-Bref apresentou alguns itens (8, 16, 17, 18, 21, 23 e 24) que avaliaram um domínio diferente do proposto pela escala original.

Relativo ao instrumento WHOQOL-Old³, verificamos que os itens que constituem as facetas “autonomia”, “participação social” e “atividade passadas, presentes e futuras” apresentaram cargas fatoriais cruzadas elevadas entre si, demonstrando que existe uma necessidade de rever a estrutura dos itens que os compõe, uma vez que nossos resultados apresentaram características similares entre os demais estudos que discutiram a análise de fatores no artigo de validação deste instrumento em diversos países.

Verificamos também que os idosos portugueses, no geral, demonstraram ter boa qualidade de vida geral quando avaliados através dos instrumentos WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old.

³ O questionário utilizado foi a versão portuguesa europeia não oficial, entretanto este não possui diferenças linguísticas ou estruturais que pudessem alterar os resultados. Revisto junto com a prof^a Dr^a Maria Vilar, responsável do grupo WHOQOL-Old Portugal.

Verificamos que os melhores valores de qualidade de vida geral eram de idosos mais jovens do sexo masculino, casados, diagnosticado com até três doenças e fisicamente ativos.

Para a autoestima global os idosos divorciados, com até três patologias e fisicamente ativos resultaram ter melhores resultados, não havendo diferença entre gênero, idade, tempo de adesão ao exercício físico, tipo ou variedade de exercício físico praticado.

Entre todas as variáveis independentes, o exercício físico regular foi o fator que mais influenciou positivamente nos níveis de qualidade de vida e autoestima global.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

9.1 Limitações do presente estudo

O presente estudo é caracterizado, temporalmente, como uma pesquisa transversal, isso acarreta algumas limitações na relação entre as variáveis independentes e dependentes. No nosso caso que não houve controle pleno das variáveis independentes, nos leva apenas a conclusões associativas.

Outra questão é a diferença entre o número de pessoas no grupo de sedentário e no grupo ativo. Como nosso estudo foi feito com voluntários (pessoas e instituições) acarretou essa diferença na formação dos grupos finais. Isso porque tínhamos como objetivo principal conseguir o maior número de pessoas possíveis para poder realizar a análise fatorial exploratória com WHOQOL-Old.

Sabe-se também que os resultados podem não representar 100% da realidade da amostra devido ao fato de existir apenas um entrevistador, o que não elimina a possível influência do gênero do entrevistador sob as respostas dadas, quando foi necessária a mediação ou aplicação total do questionário pelo entrevistador.

9.2 Recomendações para posteriores estudos

Sugerimos que para um próximo projeto de pesquisa, que aumentem o tamanho da amostra e o número de pessoas com idades superiores a 80 anos,

como também o tamanho do grupo institucionalizado. Tentar equiparar o número total de homens e mulheres, ativos e sedentários.

Ainda sobre a temática de validação do instrumento, propomos realizem a análise da estabilidade temporal dos questionários da família do WHOQOL através de um desenho de estudo com teste-reteste, que não foi possível considerar no presente estudo. Também com o objetivo de diminuir a variância do erro, analisar a fidedignidade do avaliador, tendo pelo menos dois avaliadores, de ambos géneros.

Seria de grande valia que novos estudos que utilizassem o questionário WHOQOL-Old realizassem a análise dos componentes principais, porque além de poderem aumentar o número da amostra com a população idosa portuguesa, ampliaríamos os estudos que relatam a existência, ou não, de uma estrutura comum entre as facetas “autonomia”, “participação social” e “atividades passadas, presentes e futuras”, porque parece haver alta interação entre elas. Caso seja visto o mesmo padrão nos resultados, os itens devem ser repensados autores da escala original para a população portuguesa.

Também sugerimos que mais estudos envolvendo a população idosa realizem a análise dos componentes principais do questionário WHOQOL-Bref, assim poderíamos também confirmar se a estrutura original é adequada para esse grupo específico, tanto em Portugal como nos demais países.

Para as pesquisas na área do desporto, recomendaríamos utilizar o questionário em um desenho de estudo com intervenção, que pudesse contemplar programas de exercícios físicos diversos, como também somá-los a avaliação da atividade física diária. Aqui, ainda poderia ser de mais valia a utilização de aparelhos que aferissem o gasto energético das atividades diárias (METs), podendo caracterizar, também, a intensidade dos exercícios realizados e das atividades do dia-a-dia. Com tais variáveis poderíamos conseguir especificar melhor o impacto do programa de exercício físico e do estilo de vida ativo sobre a qualidade de vida geral em idosos.

Referência Bibliográfica

- Acil, A.A., Dogan, S. & Dogan, O. (2008). The effects of physical exercises to mental state and quality of life in patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 15: 808-815.
- Acree, L.S., Longfors, J., Fjeldstad, A. S., Fjeldstad, C., Schank, B., Nickel, K.J., Montgomery, P.S. & Gardner, A W. (2006). Physical activity is related to quality of life in older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*. 4:37.
- ACSM (2009). Exercise and Physical Activity for Older Adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 1510-1530.
- Alchiri, J.C. & Cruz, R. M. (2003). *Avaliação psicológica: conceitos, métodos e instrumentos*. São Paulo: casa do psicólogo.
- Alencar, N. A., Sousa, J.V., Aragão, J.C.B., Ferreira, M.A. e Dantas, E. (2010). Nível de atividade física, autonomia funcional e qualidade de vida em idosas ativas e sedentárias. *Fisioterapia e Movimento*. 23 (3):473-81.
- Anastasi, A. & Urbina, S. (2000). Capítulo IV Fidedignidade In *Testagem Psicológica*. Porto Alegre: Artes Médica Sul. pp. 84-105.
- Araújo, D.S.M de & Araújo, C.G.S de. (2000). Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. *Rev. Bras. de Med. do Esporte*. 6 (5):194-203.
- Arslantas, D., Ünsal, A., Metintas, S., Koc, F. & Arslantas, A. (2009). Life quality and daily life activities of elderly people in rural areas, Eskisehir (Turkey). *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 48:127–131
- Assis, S.G de & Avanci, J.Q. (2004). *Labirinto de espelhos: formação da autoestima a infância e adolescência*. Rio de Janeiro: FioCruz. pp. 25-48.
- Aveiro, M.C., Navega, M.T., Granito, R.N., Rennó, A.C.M., Oishi, J. (2004). Efeitos de um programa de atividade física no equilíbrio e na força muscular do quadríceps em mulheres osteoporóticas visando uma melhoria na qualidade de vida. *Rev. Brasileira Ciência e Movimento*. 12(3): 33-38.
- Balboa-Castillo, T., León-Muñoz, L.M., Graciani, A., Rodríguez-Artalejo, F. & Guallar-Castillón (2011). Longitudinal association of physical activity and sedentary behavior during leisure time with health-related quality of life in community-dwelling older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*. 9:47.
- Barreto, J. (2005). Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio actual. *Revista Faculdade Letras: Sociologia I* (15), 289-302.
- Best-Martini, E. & Botenhagen-DiGenova, K.A. (2003). *Exercise for Frail Elders*. Champaign: Human Kinetics.

Beydoun, M.A. & Popkin, B.M. (2005). The impact of socio-economic factors on functional status decline among community-dwelling older adults in China. *Social Science & Medicine*. 60: 2045–57.

Blane, D., Netuveli, G. & Montgomery, S.M. (2008). Quality of life, health and physiological status and change at older ages. *Social Science & Medicine*. 66: 1579-1587.

Bowling, A., Banister, D., Sutton, S., Evans, O. & Windsor, J. (2002). A multidimensional model of quality of life in older age. *Aging & Mental Health*. 6(4):355-371.

Camões, M. & Lopes, C. (2008). Atividade física na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*. 42 (2): 208-16.

Chodzko-Zajko, W.J. (2006). National Blueprint: Increasing physical activity among adults 50 and older: Implications for future physical activity and cognitive functioning research. In Poon, L.W., Chodzko-Zajko, W.J. & Tomporowski, P.D. *Aging, exercise and Cognition Series: active living, cognitive functioning, and aging*. Champaign: Human Kinetics. Vol 1, pp. 1-14.

Chodzko-Zajko, W.J. (1998). Physiology of aging and exercise In Cotton, R.J., Ekereth, C.J. & Yancy, H. *Exercise for older adults: ACE's guide for fitness professionals*. California: Human Kinetics. pp. 1-23.

Cipriani, N.C.S, Meurer, S.T., Benedetti, T.R.B. & Lopes, M.A. (2010). Aptidão funcional de idosas praticantes de atividades físicas. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Motor*. 12 (2): 106-111.

Chien, C.W., Wang, J.D., Yao, G., Sheu, C.F., Hsieh, C.L. (2007). Development and validation of a WHOQOL-BREF Taiwanese audio player-assisted interview version for the elderly who use a spoken dialect. *Quality of Life Research*. 16:1375–81.

Costa, A.M. da (2000). *Atividade física e relação com a qualidade de vida, ansiedade e depressão em pessoas com sequelas de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI)*. Tese de doutorado pela Faculdade de Educação Física - Universidade de Campinas, Brasil.

Colbourn, T., Masache, G. & Shordis-Worrall, J. (2012). Development, reliability and validity of the Chichewa WHOQOL-BREF in adults in Lilongwe, Malawi. *Bio Med Central Research Notes*. 5:346

Cozby, P.C. (2003). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas. pp. 11.

Cronbach, L. (1996). *Essentials of psychological testing*. New York: Harper & Row Limited.

Crooks, H. (1999). O Idoso In David C. Nieman Exercício e saúde: como prevenir usando o exercício como seu medicamento. São Paulo: Manole, pp. 289-300.

Custódio, S., Pereira, A. & Seco, G. (2010). Estudo de Adaptação e Validação das *The Mehrabien Sel-Esteem (MSE) and Optimism-Pessimism (MOP) Scales*. *Ctas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Universidade do Minho, 4 a 6 de fevereiro. p. 166-176.

Dermitzaki, I. & Efklides, A. (2000). Aspects of self-concept and their relationship to language performance and verbal reasoning ability. *The American Journal of Psychology*. 113(4): 621-637.

Dionigi, R.A. & Cannon, J. (2009). Older adult's perceived changes in physical self-worth associated with resistance training. *Research Quarterly for Exercise and Sport*. 80 (2): 269-280.

Eser, S., Saatli, G., Eser, E., Baydur, H. e Fidaner, C. (2010). The Reliability and Validity of the Turkish Version of the World Health Organization Quality of Life Instrument-Older Adults Module (WHOQOL-Old). *Turkish Journal of Psychiatry*. pp.1-10.

Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M.J., Lucas-Carrasco, R., Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Rev Med Chile*. 139: 579-586.

Fave, A.D. (2001). Deficiência, reabilitação e desenvolvimento do indivíduo: questões psicológicas e trans-culturais. *Caderno de Psicologia e Educação*. Recuperado em 07/2010 de www.ffclrp.usp.br.

Fayers, P.M. & Machin, D. (2000). *Quality of Life: Assessment, Analysis and Interpretation*. Chichester: Wiley. pp. 3-5.

Ferreira, M. & Santos, P.C. (2012). Impacto dos programas de treino na qualidade de vida da mulher com incontinência urinária de esforço. *Rev Portuguesa de Saúde Pública*. 30:3-10.

Field, A. (2009). *Descobrimo a Estatística usando o SPSS*. Porto Alegre: Artemed.

Fleck, M PA et al. (2000) Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida - WHOQOL-bref. *Rev. Saúde Pública [online]*. vol.34, n.2, pp. 178-183

Fleck, M. P., Chachamovich, E. & Trentini, C. (2006). Desenvolvimento e validação da versão em Português do módulo WHOQOL-OLD. *Revista de Saúde Pública*. 40(5): 785-791.

Fox, K.R., Boutcher, S.H, Faulkner, G.E. & Biddle, S.J.H. (2000). The case for exercise in the promotion of mental health and psychological well-being. In (Eds) Biddle, S.J.H., Fox, K.R. & Boutcher, S.H. *Physical activity and psychological well-being*. Ed. Routledge. pp. 1-45.

Gallahue, D. L. e Ozmun, J. C. (2001) *Compreendendo o Desenvolvimento Motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos*. São Paulo: Phorte Editora. pp. 58.

Garcia, R.P. (1999). O idoso na sociedade contemporânea In *Actas do Seminário A qualidade de vida no idoso: O papel da actividade física*. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. pp. 74-83.

García-Altés, A., Pinilla, J. & Peiró, S. (2006). Aproximación de los pesos de calidad de vida de los “años de vida ajustados por calidad” mediante el estado de salud autopercebido. *Gaceta Sanitaria*. 20(6): 457-64.

Gecas, V. (1982). The self-concept. *Annual Reviews of Sociology*. 8:1-33.

Gonçalves,F.D.P., Marinho, P.E.M., Maciel, M.A., Galinho Filho V.C. & Dornelas de Andrade, A. (2006). Avaliação da qualidade de vida pós-cirurgia cardíaca na fase I da reabilitação através do questionário MOS SF-36. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 10 (1): 121-126.

Gonzalo, L.M. (2005a). Ejercicio Físico y Tercera Edad In Gonzalo, M.L. (Coord.) *Ejercicio y Calidad de vida: Claves para mantener la salud mental y física*. Navarra: Eunsa. pp 83-110.

Gonzalo, L.M. (2005b). Importancia del ejercicio cerebral In Gonzalo, M.L. (Coord.) *Ejercicio y Calidad de vida: Claves para mantener la salud mental y física*. Navarra: Eunsa. pp 173-196.

Gómez-Olivé, F.X., Thorogood, M., Clark, R.D., Kahn, K, & Tollman, S.M. (2010). Assessing health and well-being among older people in rural South Africa. *Global Health Action*. (2):23-35.

Grenlees,I., Webb, H., Hall, B. & Manley, A. (2007). Curmudgeon or golden-Ager?: Reported exercise participation influences the perception of older adults. *Journal sport & exercise psychology*. 9 (3): 333-347.

Hawkins, W.E., Duncan, D.F. & McDermott, R.J. (1988). A health assessment of older Americans: Some multidimensional measures. *Preventive Medicine*. 17: 344-356.

Hu,L., McAuley, E. & Elavsky,S. (2005). Does the Physical Self-Efficacy Scale assess Self-efficacy or Self-Esteem? *Journal sport & exercise psychology*. 27:152-170.

Hwang, H-F., Liang, W-M., Chiu, Y-N., Lin, M-R (2003). Suitability of the WHOQOL-BREF for community-dwelling older people in Taiwan *Age and Ageing*. 32 (6): 593–600.

INE (2008). Estatística demográficas de 2006. Recuperado em 07/2010 de www.ine.pt.

Halvorsrud,L., Kalfoss,M. & Diseth,A. (2008). Reliability and validity of the Norwegian WHOQOL-OLD module. *Scand Journal Caring Science*. 22: 292–305.

Kalfoss, M.H., Low, G. & Molzahn, A.E. (2008). The suitability of the WHOQOL-BREF for Canadian and Norwegian older adults. *Europe Journal Ageing*. 5:77–89.

Kalfoss, M.H., Low, G. & Molzahn, A.E. (2010). Reliability and validity of the attitudes to ageing questionnaire for Canadian and Norwegian older adults. *Scand Journal Caring Sci*. 24: 75–85.

Kimura, K., Obuchi, S., Arai, T., Nagasawa, H., Shiba, Y., Watanabe, S. e Kojima, M. (2010). The influence of short-term strength training on health-related quality of life and executive cognitive function. *Journal Physiology Anthropol*. 29(3):95-101.

Kluthcovsky, A.C.G.C & Takayanagui, A.M.M. (2007). Qualidade de vida – Aspectos conceituais. *Revista Salus*. 1 (1): 13-15.

Leplège, A., Perret-Guillaume, C., Ecosse, E., Hervy, M-P, Ankrif, J. & Von Steinbüchel. (2013). Un nouvel instrument destiné à mesurer la qualité de vie des personnes âgées: le WHOQOL-OLD version française. *La Revue de médecine interne*. 34:78–84.

Llobet, M. P. & Ávila, N. R. (2011). Calidad de vida, felicidad y satisfacción con la vida en un grupo de mayores en un zona rural. *Nursing*. 29: 56-59.

Llobet, M.P., Ávila, N. R., Farràs, J.F. & Canut, M.T.L. (2011). Qualidade de vida, felicidade e satisfação com a vida em idosos com 75 anos ou mais, atendidos num programa de atenção domiciliar. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. 19 (3): 467- 475.

Lucas-Carrasco, R., Laidlaw, K. & Power, M.J. (2010). Suitability of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD for Spanish older adults. *Aging & Mental Health*. 15 (5): 595-604.

Marsh, H.W. & Shavelson, R. (1985). Self-Concept: Its multifaceted, hierarchical structure. *Educational Psychologist*. 20 (3): 107-123.

Martins, R.A.S. (2008). *Exercício Físico na pessoa idosa e indicadores de risco cardiovascular global: caracterização da aptidão física funcional, de parâmetros imunoinflamatórios e adaptação crónica a programas de exercício físico para o desenvolvimento das componentes cardiovascular e muscular*. Tese de Doutoramento em Ciências do Desporto e Educação Física - Universidade de Coimbra, Portugal.

Más, F.S. & Galera, J.T. (2001) *En forma después de los 50: Guía práctica de ejercicio y salud para adultos y mayores*. Madrid:Editorial Gymnos

Matos, M.G. & Sardinha, L.B. (1999). Estilos de vida activos e qualidade de vida. In L.B. Sardinha, M.G. Matos & I.Loureiro (Eds). *Promoção da saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo*, pp.163-181, Lisboa: Edições FMH.

Matsudo, S.M., Matsudo, V.K.R. & Barros Neto, T.L. (2000). Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. *Revista Brasileira Ciência e Movimento*. 8 (4): 21-32.

Mattos, M.G.; Rosseto Júnior, A.J. & Blecher, S. (2004). *Teoria e prática da metodologia da pesquisa em Educação Física: construindo sua monografia, artigo e projeto de ação*. São Paulo: Phorte.

McAuley, E. & Elavsky, S. (2006). Physical activity, aging and quality of life. In Zhu, W & Chodzko-Zajko, W. *Measurement issues in aging and physical activity: proceedings of the 10th Measurement and evaluation Symposium*. Champaign: Human Kinetics pp. 57-68.

Molzahn, A., Skevington, S.M., Kalfoss, M. & Makaroff, K.S. (2010). The importance of facets of quality of life to older adults: an international investigation. *Quality of Life Research*. 19:293–298

Mora, M., Villalobos, D., Araya, G. & Ozols, A. (2004). Perspectiva subjetiva de calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. *Revista MHSalud*. 1 (1): 1-12.

Nelson, M., Fiatarone, M., Morganti, C., Trice, I., Greenberg, R., & Evans, W. (1994). Effects of high-intensity strength training on multiple risk factors for osteoporotic fractures. *Journal of the American Medical Association*. 272: 1909-1914.

Neri, A.L. (1995). Psicologia do envelhecimento: uma área emergente. In Anita, L. N. (Ed), *Psicologia do envelhecimento*. Campinas: Papyrus. p. 13 - 40.

Netto, M. P. (2002) *Gerontologia: A velhice e o envelhecimenot em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu.

Nóbrega, A.C.L., Freitas, E. V., Oliveira, M.A.B., Leitão, M.B., Lazzoli, J.K., Nahas, R.M., Baptista, C.A.S., Drummond, F.A., Rezende, L., Pereira, J., Pinto, M., Radominski, R.B., Leite, N., Thiele, E.S., Hernandez, A.J., Araújo, C.G.S., Teixeira, J.A.C., Carvalho, T., Borges, S.F. & De Rose, E.H. et al. (1999). Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde no idoso. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. 5 (6):207-211.

Nunes, L. (1999). *A prescrição da actividade física*. Lisboa:Caminho. pp.161-171.

Pasquali, L. (1999^a). Escalas Psicometricas. In Luis Pasquali (Organizador.). *Instrumentos psicológicos: manual de elaboração*. Brasília: LabPAM; IBAPP. pp. 105-127.

Pasquali, L. (1999^b). O Diferencial Semântico. In Luis Pasquali (Organizador.). *Instrumentos psicológicos: manual de elaboração*. Brasília: LabPAM; IBAPP. pp. 129-140.

Pell, N.M., Bartlett, H.P. & Marchall, A.L. (2007). Measuring quality of life in older people: Reliability and validity of WHOQOL-OLD. *Australasian Journal on Ageing*. 26 (4):162–167.

Peltzer, K. & Phaswana-Maftiya, N. (2012). Physical inactivity and associated factors in older adults in South Africa. *African Journal for Physical, Health Education, Recreation and Dance*. 18 (3):447-460.

Pereira, B.O. & Souza, T.B. (1993). Práticas de tempos livres realizadas pelo geronte. Estudo Comparativo. In A. Marques, A. Gaya & J.M. Cosntantino (Eds), *Physical Activity and Health in the Elderly - Proceedings of the 1 Conference of EGREPA*. Oeiras: University of Porto. p.325-374.

Pestana, E. & Páscoa, A. (1998). *Dicionário breve de psicologia*. Lisboa: Presença.

Pontes, J.R. de. (2002). Aspectos Analíticos do Envelhecimento Normal. In M.P. Netto (Ed), *Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Atheneu. p. 114 -120.

Power, M (2003). Development of a common instrument for quality of life. In Anatoliy Nosikov & Claire Gudex (Orgs.) *EUROHIS: Developing common instruments for health surveys - Biomedical and Health Research*. Netherlands: Word Health Organization. Vol 57, pp. 145-164.

Power, M., Quinn, K., Schimidt, S. & WHOQOL-OLD Group (2005). Development of the WHOQOL-Old module. *Quality of Life Research*. 14: 2197–2214.

Ribeiro, A. (2002). Sexualidade na terceira idade In Matheus Papaléo Netto *Gerontologia: A velhice e o envelhecimenot em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu. pp. 124-135.

Robertson, I., Warr, P., Butcher, V., Callinan, M., Bardzil, P. (2003). Older people's experience of paid employment: participation and quality of life. *GO Findings 14, Growing Older Programme*. Sheffield: University Sheffield.

Romano, A., Negreiros, J. & Martins, T. (2007). Contributos para validação da escala de autoestima de Rosenberg numa amostra de adolescentes da região interior norte do país. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 8 (1):107-114.

Santos, L. (2004). *Caracterização Sócio- Económica dos Concelhos: Concelho de Coimbra*. Recuperado em 07/2010 de www.crsi.pt/apcrsi/arquivo/caracteriza_socio_econ_dos_concelhos_coimbra_2004.pdf.

Selai, C. & Trimble, M.R. (1999). Assessing quality of life in dementia. *Ageing & Mental Health*. 3 (2): 101-111.

Serra, A.V., Gonçalves, S. & Firmino, H. (1986). Autoconceito e ansiedade social. *Psiquiatria Clínica*. 7 (2): 103-108.

Sewo Sampaio, P.Y. & Ito, E. (2013). Activities with Higher Influence on Quality of Life in Older Adults in Japan. *Occup. Therapy Int.* 20:1–10.

Shepard, R.J. (2003). *Envelhecimento, atividade física e saúde*. São Paulo: Phorte Ed.

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada a la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería IX* (2): 9-21.

Shavelson, R.J. & Bolus, R. (1982). Self-concept: The interplay of theory and methods. *Journal of Educational Psychology*. 74 (1): 3-17.

Shephard, R. (1997). *Aging, physical activity and health*. Human Kinetics Publisher, Champaign

Skevington, S.M., Lotfy, M. & O'Connell, K.A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from WHOQOL Group. *Quality of Life Research*. 13: 299-310.

Slubowska, D.W. (2008). Factors determining participation in leisure time physical activity among former athletes and male non athletes. *Journal of Human Kinetics*. 20: 111-120.

Sousa, L., Galante, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*. 37(3): 364-371.

Spiriduso, W.W. (2005). *Dimensões físicas do envelhecimento*. Champaign: Human Kinetics.

Stevens, J. (2009). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. New York: Taylor & Francis Group.

WHOQOL Group (1995). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. *Soc. Science Medicine*. 41 (10): 1403-1409.

WHOQOL Group (1998^a). Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL). Recuperado em 07/2010 www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol1.html.

WHOQOL Group (1998^b). The world health organization quality of life assessment_ development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*. 46 (12): 1569-1585.

The WHOQOL-OLD (2007). Manual do WHOQOL-Old (MANUAL) Recuperado em 07/2010 www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/WHOQOL-OLD%20Manual%20Portugues.pdf

Toscano, J.J.O. & Oliveira, A.C.C. (2009). Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. 15 (3): 169-173.

Trentini, C.M, Rentini, F.M. de F. & Fleck, M. P.de A. (2007). Qualidade de Vida em idosos In Maria Parente e cols. (Orgs.) *Cognição e envelhecimento*. Porto Alegre: Artmed.

Urzúa, A., Bravo, M., Ogalde, M. & Vargas, C. (2011). Factores vinculados a calidad de vida en La adultez mayor. *Rev Medicina de Chile*. 139: 1006-1014.

Vaz-Serra, A., Canavarro, M.C., Simões, M.R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M.J., Rijo, D., Carona, C. & Paredes, T. (2006^a). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*. 27:2, pp. 31-40.

Vaz-Serra, A., Canavarro, M.C., Simões, M.R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M.J., Rijo, D., Carona, C. & Paredes, T. (2006^b). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*. 27:1, pp.41-49.

Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista Saúde Pública*. 43 (3): 548-54.

Verderi, E. (2004). *O corpo não tem idade: educação física gerontológica*. São Paulo: Fontoura. pp. 47-56.

Vilar, M., Simões, M.R., Sousa, L.B., Firmino, H., Paredes, T. & Lima, M.P. (2010). Avaliação da qualidade de vida em adultos idosos: notas em torno do processo de adaptação e validação do WHOQOL-Old para a população portuguesa. In Maria Cristina Canavarro e Adriano Vaz-Serra (coords). *Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização da Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. pp. 229-250.

Wada, T., Ishine, M., Sakagami, T., Kita, T., Okumiya, K., Mizuno, K., Rambo, T.A. & Matsubayashi, K., (2005). Depression, activities of daily living, and quality of life of community-dwelling elderly in three Asian countries: Indonesia, Vietnam, and Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 41:271–280.

Walker, A. (2002). Futuros retos de la política social europea sobre personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 37(6): 334-341.

Walker, A. (2006). The UK's growing older research programme on extending quality life. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 41(2): 49-56.

WHO (1997). WHOQOL: Measuring quality of life. Geneva: World Health Organization. Recuperado em 07/2010 www.who.int/mental_health/media/68.pdf.

WHO (2000). General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine. Geneva: World Health Organization. Recuperado em 07/2010 http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_EDM_TRM_2000.1.pdf

WHO (2010). Envejecimiento y ciclo de vida. Recuperado em 10/2011 de www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/es/index.html.

WHO (2011). *Life expectancy at birth*. Recuperado em 10/2011 de www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends_text/en/index.html.

Wood-Dauphinee, S. (1999). Assessing quality of life in clinical research: From where have we come and where we going? *Journal Clin Epidemiology*. 52(4): 355-363.

Zajac-Gawlak, I. & Polechonski, J. (2007). *Fitness of 50-96 years old women*. *Journal of Human Kinetics*.18: 99-108.

Anexos



CARTA DE INFORMAÇÃO À INSTITUIÇÃO

(ANEXO I)

Prezada Instituição:

Esta pesquisa tem como objetivos: a) validar os questionários de qualidade de vida (WhoQol- OLD) com a população idosa portuguesa; b) analisar e comparar a percepção da qualidade de vida e autoestima em idosos ativos e sedentários da cidade de Coimbra. Para tal solicitamos a autorização desta instituição para possível triagem de colaboradores, e para a aplicação de nossos instrumentos de coleta de dados; o material e o contato interpessoal não oferecerão riscos de qualquer ordem aos colaboradores e à instituição.

O material será posteriormente analisado e será garantido **sigilo absoluto** sobre os dados coletados, sendo resguardado o nome dos participantes, bem como a identificação do local da coleta de dados. Os indivíduos não serão obrigados a participar da pesquisa, podendo desistir a qualquer momento.

A divulgação do trabalho terá finalidade acadêmica, esperando contribuir para um maior conhecimento do tema estudado. Os dados coletados serão utilizados no trabalho final da aluna Andréa Marinho Becker para obter o Grau de Mestre em Exercício e Saúde com População Especial pela Faculdade de Educação Física e Desporto da Universidade de Coimbra – Portugal e possíveis publicações de cunho científico.

Quaisquer dúvidas que existirem agora ou depois poderão ser livremente esclarecidas, bastando entrar em contato conosco no telefone abaixo mencionado.

De acordo com estes termos, favor assinar abaixo. Uma cópia ficará com a instituição e outra com os pesquisadores. Obrigado.

(Prof. Doutor José Pedro Leitão Ferreira)

Andréa Marinho Becker

Tel.: (+351) 915506218/ (+34) 644448620

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento, que atende às exigências legais, o(a) senhor(a) _____, sujeito de pesquisa, após leitura da **CARTA DE INFORMAÇÃO À INSTITUIÇÃO**, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e do explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** de concordância em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o sujeito de pesquisa ou seu representante legal podem, a qualquer momento, retirar seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** e deixar de participar do estudo alvo da pesquisa e fica ciente que todo trabalho realizado torna-se informação confidencial, guardada por força do sigilo profissional.

Assinatura do representante da instituição

Coimbra,..... dede 2012.



CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DA PESQUISA

(ANEXO II)

Prezado participante do estudo:

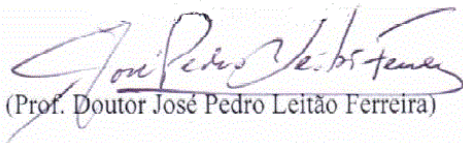
Esta pesquisa tem como objetivos: a) validar os questionários de qualidade de vida (WhoQol- OLD) com a população idosa portuguesa; b) analisar e comparar a percepção da qualidade de vida e autoestima em idosos ativos e sedentários da cidade de Coimbra. Para tal solicitamos a autorização desta instituição para possível triagem de colaboradores, e para a aplicação de nossos instrumentos de coleta de dados; o material e o contato interpessoal não oferecerão riscos de qualquer ordem aos colaboradores e à instituição.

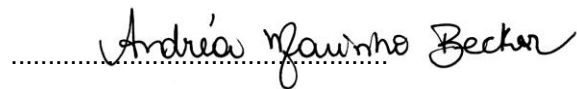
O material será posteriormente analisado e será garantido **sigilo absoluto** sobre os dados coletados, sendo resguardado o nome dos participantes, bem como a identificação do local da coleta de dados. Os indivíduos não serão obrigados a participar da pesquisa, podendo desistir a qualquer momento.

A divulgação do trabalho terá finalidade acadêmica, esperando contribuir para um maior conhecimento do tema estudado. Os dados coletados serão utilizados no trabalho final da aluna Andréa Marinho Becker para obter o Grau de Mestre em Exercício e Saúde com População Especial pela Faculdade de Educação Física e Desporto da Universidade de Coimbra – Portugal e possíveis publicações de cunho científico.

Quaisquer dúvidas que existirem agora ou depois poderão ser livremente esclarecidas, bastando entrar em contato conosco no telefone abaixo mencionado.

De acordo com estes termos, favor assinar abaixo. Uma cópia ficará com a instituição e outra com os pesquisadores. Obrigado.


(Prof. Doutor José Pedro Leitão Ferreira)



Andréa Marinho Becker

Tel.: (+351) 915506218/ (+34) 644448620

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento, que atende às exigências legais, o(a) senhor(a) _____, sujeito de pesquisa, após leitura da **CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DA PESQUISA**, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e do explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** de concordância em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o sujeito de pesquisa ou seu representante legal podem, a qualquer momento, retirar seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** e deixar de participar do estudo alvo da pesquisa e fica ciente que todo trabalho realizado torna-se informação confidencial, guardada por força do sigilo profissional.

Assinatura do participante voluntário

Coimbra,..... dede 2012

(ANEXO III)

Ficha descritiva do sujeito da pesquisa

Nº do sujeito: _____

1. Data de Nascimento: ____/____/_____

2. Género: Masculino Feminino3. Estado Civil: Solteiro (a) Casado (a) Viúvo(a) Divorciado (a)4. Escolaridade: Ensino básico incompleto Ensino básico completo Ensino Secundário
 Licenciatura Mestrado Doutoramento5. Actividade Remunerada: Reformado(a) Trabalhador (a) independente/ autônomo (a)
 Com contrato provisório Com contrato permanente
 Outros _____

6. Quantas pessoas residem atualmente no local onde vive?

 Eu moro sozinho(a) 1 2 3 4 5 ____ Moro numa instituição/lar/asilo.

7. Qual a média da renda mensal de sua família? (Considere todas as pessoas que moram em sua casa incluindo você):

 Até 1 Salário Mínimo (até 497,00€) Entre 1 e 3 SM (de 497€ até 1491€) Entre 3 e 5 SM (de 1491€ até 2485€) Entre 5 e 7 SM (de 2485€ até 3479€) Entre 7 e 9 SM (de 3479€ até 4473€) Entre 9 e 11 SM (de 4473€ até 5467€) Mais de 11 Salários Mínimos (+ de 5467€)8. Seu médico o (a) informou que o Sr/Sra apresenta, atualmente, algumas das patologias descritas abaixo:8.1 Depressão8.2 Arritmia Cardíaca8.3 Tensão Arterial Elevada/alta8.4 Diabetes8.5 Dislipidemia8.6 Obesidade8.7 Artrose8.8 Artrite8.9 Osteoporose8.10 Osteopenia8.11 Hérnia Discal lombar torácica cervical8.12 Hiperplasia Benigna da próstata8.13 Colesterol elevado (LDL)8.13 Cancro de _____ (local)8.14 Doença Coronária8.15 Outras _____9. Realizou alguma operação grave nos últimos 10 anos? Não Sim

Qual? _____

10. Atualmente toma algum tipo de medicamento? (caso positivo, por favor colocar nome e dosagem diária). _____

11. Pratica exercício físico regular? Caso afirmativo, responda as questões 10 e 11. (Consideramos regular a prática de exercício de, pelo menos, 2 vezes na semana com duração de mínimo 30 minutos).

11.1 () Sim **11.2** () Não

12 Nos últimos três meses teve que deixar de participar do programa de exercício físico regular por algum motivo? **12.1** () Não **12.2** () Sim. Qual foi o motivo? _____

13. Há quanto tempo participa num programa de exercício físico regular?

13.1 () Entre 3 a 6 meses **13.2** () Entre 6 a 9 meses **13.3** () Entre 9 a 12 meses **13.4** () + 12 meses.

14. Qual o tipo de exercício que realiza semanalmente? **Colocar ao lado o número de frequência que pratica a atividade durante o período de 7 dias e duração média de cada sessão/aula.**

«Exemplo (**2x** por semana) Natação (**45** min/dia)»

14.1 Exercícios Cardiovasculares ao ar livre de baixo impacto- caminhada, andar de bicicleta em modo passeio, patinar, passear com o cachorro a ritmo acelerado, etc (___ x semana ___ min/dia).

14.2 Exercícios Cardiovasculares ao ar livre de médio/médio alto impacto – Corrida lenta (Joguing), corrida, andar de bicicleta em montes, etc (___ x semana ___ min/dia).

14.3 Exercícios Cardiovasculares em aparelhos em locais fechados (ginásio, casa, etc) – Passadeira, bicicleta, elíptica, step, remo (___ x semana ___ min/dia).

14.4 Musculação/Força (___ x semana ___ min/dia).

14.5 Personal Trainer (___ x semana ___ min/dia).

14.6 Natação (___ x semana ___ min/dia).

14.7 Hidroginástica (___ x semana ___ min/dia).

14.8 Manutenção – aula de grupo (___ x semana ___ min/dia).

14.9 Pilates (___ x semana ___ min/dia).

14.10 BodyBalance (___ x semana ___ min/dia).

14.11 BodyVive (___ x semana ___ min/dia).

14.12 Yoga (___ x semana ___ min/dia).

14.13 RPM/ Cycling (___ x semana ___ min/dia).

14.14 Outras _____ (___ x semana ___ min/dia),

_____ (___ x semana ___ min/dia), _____

_____ (___ x semana ___ min/dia).



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física

ESCALA DE AUTO - ESTIMA (Rosenberg, 1965)

Adaptação efectuada por José Pedro Leitão Ferreira (2001), Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra, a partir da Rosenberg Self-Esteem Scale elaborada por Morris Rosenberg (1965).

Para cada item faça uma cruz sobre o rectângulo que corresponde à concepção de valor que tem por si próprio(a):

	Concordo completamente	Concordo	Discordo	Discordo completamente
1. No geral, estou satisfeito(a) comigo mesmo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Por vezes penso que não sou nada bom (a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sinto que tenho um bom número de qualidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Estou apto(a) para fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sinto-me por vezes inútil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gostava de ter mais respeito por mim mesmo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Em termos gerais estou inclinado(a) a sentir que sou um(a) falhado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Eu tomo uma atitude positiva perante mim mesmo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(ANEXO V)

WHOQOL – BREF (Versão em Português)

Instruções

Este questionário é sobre como se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se não tem certeza sobre que resposta dar numa questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente os seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós pretendemos perguntar o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Recebe dos outros o apoio de que necessita?

Nada	Muito pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

Deve assinalar com um círculo em torno do número que melhor corresponde o quanto recebe dos outros o apoio que necessita nestas duas últimas semanas. Neste exemplo iria assinalar o número 4 se recebeu “Muito” apoio dos outros, ou iria assinalar o número 1 se não se recebeu “Nada” de apoio dos outros.

Por favor, leia cada questão, pense no que sente e assinale o número da escala que melhor traduza a sua resposta para cada questão.

Leia cada questão e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

		Muito má	Má	Nem má nem boa	Boa	Muito Boa
1	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2	Até que ponto está satisfeito (a) com a sua	1	2	3	4	5

saúde?					
--------	--	--	--	--	--

As questões seguintes são sobre **o quanto** tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida acha que a suas dores (físicas) o (a) impede de fazer o que precisa fazer?	1	2	3	4	5
4	Em que medida precisa de cuidados médicos para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	O quanto se sente seguro (a) na sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	O quanto o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos) é saudável?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **o quanto** se tem sentido ou se julgou capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Muito	Completamente
10	Tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	É capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14	Em que medida tem oportunidades para realizar atividades de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **o quanto se sentiu satisfeito (a)** a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas

		Muito mal	Mal	Nem mal nem bem	Bem	Muito bem
15	O quanto (qualidade) é capaz de se locomover/movimentar ?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16	O quanto está satisfeito (a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	O quanto está satisfeito (a) com a sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	O quanto está satisfeito (a) com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	O quanto está satisfeito (a) consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	O quanto está satisfeito (a) com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	O quanto está satisfeito (a) com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito (a) está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	O quanto satisfeito (a) com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	O quanto está satisfeito (a) com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	O quanto está satisfeito(a) com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** sentiu ou experimentou algo nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém ajudou- o (a) a preencher este questionário? _____

Quanto tempo levou para preencher este questionário? _____

(ANEXO VI)

WHOQOL-OLD

ESTE INSTRUMENTO NAO DEVE SER APLICADO INDIVIDUALMENTE, MAS SIM EM CONJUNTO COM O INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

Instruções

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para si como membro mais velho da sociedade.

Por favor, **responda a todas as perguntas**. Se não estiver seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor, escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?	1	2	3	4	5
2	Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?	1	2	3	4	5
3	Quanta liberdade possui para tomar as suas próprias decisões?	1	2	3	4	5
4	Até que ponto sente que controla o seu futuro?	1	2	3	4	5

5	O quanto sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?	1	2	3	4	5
6	O quanto está preocupado com a maneira pela qual irá morrer?	1	2	3	4	5
7	O quanto tem medo de não poder controlar a sua morte?	1	2	3	4	5
8	O quanto tem medo de morrer?	1	2	3	4	5
9	O quanto teme sofrer dor antes de morrer?	1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **o quanto completamente** se sentiu apto a fazer ou fez algo nas duas últimas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?	1	2	3	4	5
11	Até que ponto consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	1	2	3	4	5
12	Até que ponto está satisfeito com as suas oportunidades para alcançar outras realizações na sua vida?	1	2	3	4	5
13	O quanto sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?	1	2	3	4	5
14	Até que ponto sente que tem ocupações/atividades suficientes em cada dia?	1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem-lhe que refira o quanto se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
15	O quanto está satisfeito com aquilo que alcançou na sua vida?	1	2	3	4	5
16	O quanto está satisfeito com a maneira como usa o seu tempo?	1	2	3	4	5

17	O quanto está satisfeito com o seu nível de atividade?	1	2	3	4	5
18	O quanto está satisfeito com as oportunidades que tem para participar das atividades da comunidade?	1	2	3	4	5

		Muito Feliz	Infeliz	Nem infeliz nem feliz	Feliz	Muito Feliz
19	O quanto está feliz com as coisas que pode esperar daqui para frente?	1	2	3	4	5

		Muito mau	Mau	Nem mau nem bom	Bom	Muito Bom
20	Como avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?	1	2	3	4	5

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
21	Até que ponto tem um sentimento de companheirismo em sua vida?	1	2	3	4	5
22	Até que ponto sente amor na sua vida?	1	2	3	4	5
		Nada	Muito pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Completamente
23	Até que ponto tem oportunidades para amar?	1	2	3	4	5
24	Até que ponto tem oportunidades para ser amado?	1	2	3	4	5

VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?

OBRIGADO (A) PELA SUA COLABORAÇÃO!