

# Educação em saúde: estratégia de promoção da qualidade de vida na terceira idade

Mayara Costa, Leonardo Rocha  
& Suenny Oliveira

## Resumo

---

Visando um envelhecimento ativo, a psicomotricidade assume importante papel na promoção de saúde do idoso através de diferentes dimensões, tais como, preventivas, educativas e reeducativas, proporcionando benefícios biopsicossociais, e consequentemente qualidade de vida. O objetivo desta pesquisa foi investigar se o nível de qualidade de vida da terceira idade é influenciado pelo ensino de exercícios psicomotores como estratégia de educação em saúde. Tratou-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa e delineamento quase experimental apenas com o pós-teste. A amostra foi composta por 40 idosos (20 ativos e 20 inativos), com características biodemográficas semelhantes. Utilizou-se um formulário biodemográfico, o instrumento WHOQOL-bref e a escala de Berg. Para tratamento estatístico, foi utilizado o SPSS® 15.0. Os resultados mostraram que os domínios presentes no construto qualidade de vida (físico, psicológico, relações sociais e ambiental) e a qualidade de vida total apresentaram diferenças estatísticas significantes entre idosos ativos e inativos ( $p \leq 0,05$ ), bem como no teste de Berg, que foi favorável aos idosos ativos quanto ao equilíbrio funcional, com uma diferença de 7,5 da pontuação média e representando menor risco de quedas. Desta forma, conclui-se que a prática de exercícios psicomotores é indicativa de melhor qualidade de vida.

## Palavras-chave

---

qualidade de vida; idoso; psicomotricidade; educação.

## Introdução

O envelhecimento da população mundial é um dos grandes desafios a serem enfrentados no século XXI. A tendência mundial à diminuição da mortalidade e da fecundidade, bem como o prolongamento da expectativa de vida das pessoas têm levado ao envelhecimento da população (Paschoal, Salles & Franco, 2006). Os números do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2006 mostraram que, no mundo, uma em cada dez pessoas tem 60 anos de idade ou mais, estimando-se que em 2050 esta relação será de uma para cinco pessoas com 60 anos de idade ou mais em todo o mundo, e de uma para três nos países desenvolvidos.

No Brasil, de acordo com o Censo Populacional de 2000, seus habitantes com 60 anos ou mais já somam cerca de 14,5 milhões de indivíduos, representando 8,6% da população total (SILVA et al., 2006). Com isso, reveste-se de grande interesse realizar estudos que venham favorecer o bem estar biopsicossocial das pessoas na terceira idade, e assim, contribuir para a melhoria da qualidade de vida dessa população.

De acordo com Guedes (2001), o envelhecimento se refere a um fenômeno fisiológico do comportamento social ou cronológico. É um processo biopsicossocial de regressão, observável em todos os seres vivos expressando-se na perda da capacidade ao longo da vida, devido à influência de diferentes variáveis, como a genética, danos acumulados e estilo de vida, além de alterações psico-emocionais.

A expectativa de vida é um processo que vem aumentando com o decorrer do tempo, no Brasil é acompanhado por modificações no perfil de saúde de sua população e predomínio de doenças crônicas, com limitações funcionais, incapacidades e maiores gastos e desafios para o sistema de saúde. Com esse aumento, a capacidade de desfrutar um estilo de vida ativo e independente na velhice dependerá, em grande parte, da manutenção do nível pessoal de aptidão física das pessoas.

À medida que o ser humano envelhece, quer continuar tendo força, resistência, flexibilidade e mobilidade para permanecer ativo e independente de modo a poder atender as próprias necessidades pessoais e domésticas, como fazer compras ou participar de atividades recreativas e esportivas (Rikli & Jones, 2008).

Envelhecer sem incapacidade passa a ser um fator indispensável para a manutenção de boa qualidade de vida. Desta forma, uma maneira de se identificar a qualidade de vida de um indivíduo é através do grau de autonomia com o que o mesmo desempenha as suas funções, tornando-o independente dentro do seu contexto sócio econômico e cultural.

A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde (Costa & López, 1996). Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde.

Dentre os diversos níveis de complexidade dos serviços de saúde, destaca a atenção básica como espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde devido à maior aproximação entre profissionais e usuários, com ênfase nas ações preventivas e de promoção de saúde.

A fisioterapia é uma das profissões da área de saúde imprescindível para uma atenção ampla e integral ao idoso no sistema de saúde, uma vez que, pode atuar no âmbito da atenção primária, secundária ou terciária da saúde. O encaminhamento preventivo melhora a capacidade funcional, diminui a prescrição de medicamentos, melhorando a qualidade de vida deste indivíduo.

A educação para a saúde do idoso é trabalhada pela fisioterapia por meio de orientações posturais, exercícios físicos globais específicos, realizados individualmente ou em grupo, são medidas primárias da fisioterapia na abordagem do envelhecimento motor (Boas, 2005).

Para o favorecimento de tais fatores, a atividade física é sugerida como meio propiciador de qualidade de vida, através de atividades psicomotoras adaptadas à faixa etária do indivíduo.

Segundo Fonseca (1998), durante o processo de envelhecimento ocorre uma involução psicomotora que é o produto final da evolução onde acontece a deterioração das propriedades e funções dos fatores psicotores. A esse conjunto de mudanças que acontece no idoso dar-se o nome de retrogênese.

Desta forma, as atividades psicomotoras têm como objetivo maior a manutenção das capacidades funcionais, melhorar e aprimorar o conhecimento de si e a eficácia das ações, sobretudo das atividades de vida diária.

Nesse sentido, considerando todas as questões apontadas anteriormente na educação, somando-se que o elemento psicomotor *equilíbrio* é um dos maiores fatores de risco na qualidade de vida do ser humano, consolidaram o interesse em problematizar a prática regular de exercícios psicotores como fator influenciador do processo de envelhecimento e interfere na qualidade de vida de indivíduos idosos.

As motivações que induziram o interesse de investigarmos a psicomotricidade em idosos surgiram do interesse em fazer a junção de experiência e vivência da área de saúde com educação, duas áreas que apresentam formas distintas

de trabalho. Nessa perspectiva, a área educacional torna-se importantíssima na medida em que consideramos a psicomotricidade como a ferramenta fundamental para a atuação da fisioterapia na terceira idade, sendo responsável pela promoção e prevenção de saúde integral do idoso.

Nessa perspectiva, definimos como objetivo geral, desta pesquisa, investigar se o nível de qualidade de vida da terceira idade é influenciado pela utilização de exercícios psicomotores como estratégia de educação em saúde, promovendo, desta forma, a saúde integral do idoso.

### **1. Métodos e procedimentos**

Estudo descritivo, com delineamento quase experimental, apenas com o pós-teste e de abordagem quantitativa. Desenvolvido em uma Clínica Escola de uma IES no município de Patos – PB a coleta de dados foi realizada no mês de abril de 2010.

A população-alvo para o desenvolvimento da pesquisa foi composta por idosos ativos (Grupo Experimental - GE) participantes de um projeto de extensão de uma IES, que é composta por cerca de 30 participantes, porém com os critérios de inclusão e exclusão, foi visto que para participação da pesquisa só havia o enquadramento de 20 participantes, perfazendo 66,67% da população e o Grupo Controle (GC) foi constituído por 20 idosos inativos do município de Patos-PB, com características biodemográficas semelhantes.

O GE participa de um projeto de extensão que tem por objetivo contribuir com a melhoria na qualidade de vida dos idosos participantes, por meio de ações educativas de exercícios cinético-funcionais adaptados às reais necessidades das pessoas acima de 60 anos. O grupo trabalha durante 60 minutos, duas vezes por semana. São desenvolvidas atividades de fisioterapia embasadas em exercícios psicomotores, com abordagens teóricas e práticas. As atividades teóricas compreendem: discussão de textos escolhidos pelo grupo; oficinas e palestras. As atividades práticas são distribuídas na forma de atendimento em grupo envolvendo exercícios psicomotores.

A amostragem foi não probabilística do tipo intencional e para coleta de dados foram utilizados: um formulário com questões biodemográficas; e os instrumentos validados no Brasil, a Escala de Equilíbrio de Berg (EEB), para avaliar equilíbrio e para avaliar a qualidade de vida subjetiva foi utilizado a versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHO-QOL-brev", escala adaptada por Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos e Pinzon (2000).

Com a devida Autorização Institucional e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, os idosos do GE e GC foram contatados,

explicando-se claramente os objetivos da pesquisa e mostrando-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE para a sua autorização. Após o consentimento dos sujeitos foram aplicados os instrumentos na forma de formulários.

Como suporte para o tratamento estatístico e formação do banco de dados, foi utilizado o Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®), bem como programas Microsoft versão 2007 do Word e Excel.

Como critérios de inclusão do estudo, estiveram aptos participantes a partir dos 60 anos, de ambos os gêneros e que não possuam limitação cognitiva. O grupo experimental foi composto por idosos ativos participantes há mais de um ano das atividades práticas do Projeto selecionado e o grupo de controle, por idosos inativos com características biodemográficas semelhantes aos idosos ativos e que não realizassem nenhuma expressão de atividade física, incluindo caminhadas. Já os critérios de exclusão da amostra foram idosos com prótese articular em membros inferiores, com procedimento cirúrgico recente, portadores de labirintite, que tivessem déficit grave da visão, doenças cardiovasculares hemodinamicamente instáveis, traumas ósseos recentes, doenças graves do sistema nervoso e hipotensão postural

## **2. Apresentação e discussão dos resultados**

A Tabela 1 representa as características biodemográficas dos 40 idosos que concluíram o estudo.

A distribuição da amostra foi estratificada pela participação de atividades psicomotoras, sendo composta por 50,0% de idosos ativos e 50,0% de idosos inativos, destes, 90,0% mulheres e 10,0% homens. Os idosos que participaram desta pesquisa apresentaram idade média de 69,8 anos (DP=5,68), variando de 60 a 79 anos e faixa etária predominante 65 a 69 anos (30,0%). Quanto ao estado civil, a maioria encontra-se casado (45,0%) ou viúvo (40,0%) e com ensino fundamental incompleto (92,0%).

### **2.1. Avaliação do elemento psicomotor equilíbrio – escala de berg**

Podemos observar que no teste de Berg, na análise dos 14 testes executados pelos idosos, verificou-se uma diferença da pontuação média da amostra entre os idosos ativos e inativos. Foram realizados testes *t Student* para com a finalidade de comparar as medias dos grupos, observou-se que os idosos ativos conseguiram melhores resultados com nível de significância ( $p \leq 0,05$ ) em 10 dos 14 testes e apenas as Q(5, 8, 11 e 13) não apresentaram diferenças significativas (GRAFICO 1). Também, é possível destacar que, a maior diferença de

pontuação (1,1 pontos), acontece na tarefa 14, sendo favorável para os idosos ativos, mostrando-se assim com maior equilíbrio quando comparados aos idosos Inativos (Gráfico 1).

**Tabela 1. Caracterização da amostra (N = 40)**

VARIÁVEIS	NÍVEIS	F			%		
		ATIVO	INATIVO	TOTAL	ATIVO	INATIVO	TOTAL
<b>Idoso</b>		20	20	40	50,0	50,0	100,0
<b>Gênero</b>	Homem	2	2	4	10,0	10,0	10,0
	Mulher	18	18	36	90,0	90,0	90,0
<b>Faixa etária</b>	60-64	3	5	8	15,0	25,0	20,0
	65-69	6	6	12	30,0	30,0	30,0
	70-74	8	2	10	40,0	10,0	25,0
	75-79	3	7	10	15,0	35,0	25,0
<b>Estado Civil</b>	Casado (a)	7	11	18	35,0	55,0	45,0
	Viúvo(a)	10	6	16	50,0	30,0	40,0
	Divorciado(a)/ Separado (a)	1	1	2	5,0	5,0	5,0
	Solteiro (a)	2	2	4	10,0	10,0	10,0
<b>Escolaridade</b>	Ensino fundamental incompleto	18	19	37	90,0	95,0	92,0
	Ensino superior completo	2	1	3	10,0	5,0	8,0

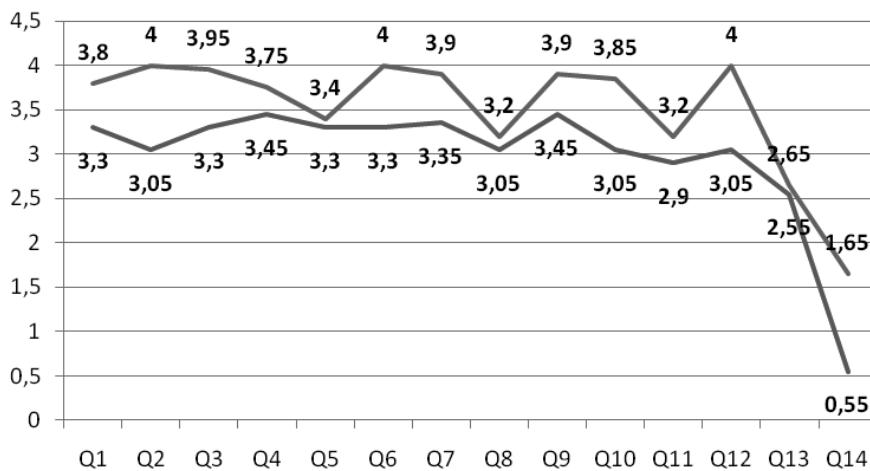
F= frequência, nº e % percentagem

Para Papaléo Netto (2007), a perda de função nos idosos começa justamente pelas atividades que são mais complexas e menos realizadas no dia-a-dia, enquanto que as atividades que são mais comuns permanecem sem alterações por mais tempo. Segundo o autor, embora estas atividades não sejam essenciais para a independência, a capacidade de desempenhá-las pode contribuir para a manutenção de uma boa saúde física e mental.

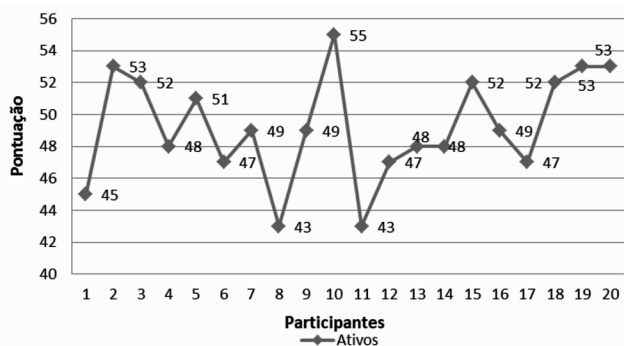
Os resultados que obtivemos têm concordância com os do estudo de Guimarães et al. (2004) realizado com uma amostra composta por 40 idosos com a idade entre 65 a 70 anos, sendo que 20 praticavam atividade física regular e 20 não. O grupo dos que praticavam atividade física obteve uma média superior em todas as tarefas. O autor ainda ressalta que sendo o equilíbrio a base essencial da coordenação dinâmica geral é de suma importância uma abordagem psicomotora, uma vez que esta possibilita trabalhar exercícios que ajudem neste controle.

Com o envelhecimento, as pessoas normalmente perdem a capacidade de detectar informação espacial que poderia auxiliar no equilíbrio. Em média, elas precisam de três vezes mais contraste para ver alguns estímulos em baixas frequências, a sua percepção de profundidade é mais fraca, além de perdem progressivamente sua visão periférica, que contribui muito no controle da oscilação anteroposterior do corpo (Dascal, 2009). No entanto, o envelhecimento pode ser visto de modo mais otimista, não só como um período de degradações, mas de ganhos potenciais dependendo do estilo de vida adotado. É o que justifica a alta média de pontuação na EEB, obtida pela população estudada, em que 80% (n=17) obtiveram resultado igual ou maior que 47 pontos (Gráfico 2).

**Gráfico 1. Pontuação média da amostra em cada tarefa do Teste de Berg**



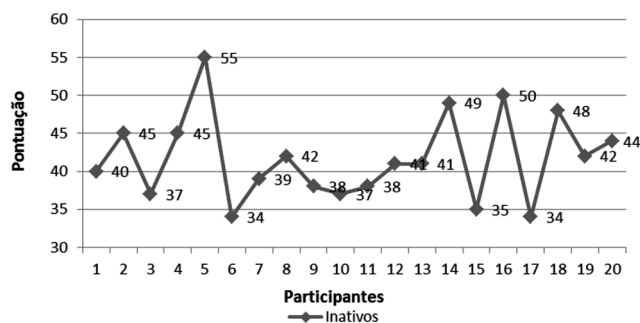
**Gráfico 2. Resultados individuais dos escores obtidos na EEB pelo grupo de idosos ativos.**



Quanto aos resultados individuais dos escores obtidos na EEB pelo grupo de idosos ativos, observou-se um bom desempenho de todos os participantes, visto que os mesmos apresentaram uma média de 49,2 pontos, sendo considerada de baixo risco de quedas e que nenhum dos indivíduos envolvidos apresentou desequilíbrio funcional obtendo pontuação inferior a 36, ou seja, não apresentam risco de quedas de 100%, (Gráfico 2).

O Gráfico 3 demonstra os resultados dos escores obtidos pela EEB pelo grupo de idosos inativos, e ressalta que, apesar de 5% (n=1) indivíduo ter atingido 55 pontos, 15% (n=3) indivíduos do grupo apresentaram 100% de risco de quedas, ou seja, pontuação menor que 36.

**Gráfico 3. Resultados individuais dos escores obtidos na EEB pelo grupo de idosos inativos**





É notável que há um decréscimo do nível de atividade física com o envelhecimento, tornando o sedentarismo/inatividade um fator de risco de morbimortalidade nesta população. Afirmam ainda que o estilo de vida (sedentarismo) contribui e muito com esse declínio motor.

Com o envelhecimento, o equilíbrio é prejudicado em virtude dos problemas associados à forma do corpo e essa luta contra o desequilíbrio resulta na fadiga corporal, mental e espiritual, aumentando o estresse, a ansiedade e a angústia do indivíduo (Rosa Neto, 2002). O autor ainda acrescenta que o equilíbrio e o esquema corporal formam a terceira área dos aspectos motores que apresentou a maior degeneração em todos os trabalhos pesquisados.

Segundo Perracini e Ramos (2002), uma das variáveis mais poderosas encontradas no estudo preditivo de quedas em idosos foi o estado funcional. O escalonamento do risco de quedas e quedas recorrentes, com aumento do grau de dificuldade na execução de tarefas físicas e do dia-a-dia, reflete o peso desse efeito cumulativo de prejuízos funcionais na predição de quedas em idosos. Desta forma, a atividade física pode ajudar os idosos a manterem a independência funcional por longos períodos e pode reduzir o risco para quedas.

Na comparação entre a média geral dos escores da EBB dos idosos ativos, com pontuação de 49,2 (DP= 3,38), e os inativos com pontuação de 41,7 pontos (DP=5,67), foi possível verificar que os melhores resultados foram encontrados nos idosos ativos praticantes de atividades psicomotoras, que não só melhoraram o equilíbrio, mas os tornaram mais sociáveis.

Desta forma, apesar dos idosos da amostra total ter apresentado uma pontuação entre 41 a 56, o que resulta em independência, constatou-se também uma diferença significativa ( $p \leq 0,001$ , = 99%), entre os dois grupos, com 7,5 pontos, no que diz respeito ao Equilíbrio, com resultados favoráveis para o grupo de idosos que praticava atividades psicomotoras.

Investigação realizada por Guimarães et al. (2004) observou que os idosos sedentários apresentavam, de acordo com os escores de Berg, uma propensão maior a quedas quando comparados aos idosos ativos, o que de fato corrobora com os achados de nossa pesquisa.

A relação do equilíbrio com a motricidade geral é muito estreita, pois uma das mudanças mais significativas durante o processo de envelhecimento é o declínio da capacidade de movimento. Sua alteração traduz em uma disfunção psiconeurológica da comunicação tátil, vestibular e proprioceptiva. O efeito cumulativo de alterações relacionadas à idade, doenças associadas e condições ambientais inadequadas parece predispor as disfunções osteomusculares, o que afeta diretamente o esquema corporal e a organização espacial dos idosos (Rosa Neto, Vieira & Teixeira, 2001).

Para Sinésio (2000), a atividade física faz retardar o processo de degeneração física e leva o indivíduo a socialização com uma participação em grupos, resultando em um bom nível de bem-estar biopsicossocial. Desse modo, mesmo que se verifique uma redução da capacidade de trabalho com o avanço da idade, a atividade psicomotora e o treino podem contrabalançar as alterações já mencionadas.

Estudo de Karmisholt, Gyntelberg e Gotzsche (2005) também mostra que a prática de exercícios em idosos diminui o risco e a incidência de quedas.

Baseado nos escores da EEB, onde a probabilidade de quedas aumenta com a diminuição da pontuação numa relação não linear, adotou-se os escores péssimo, ruim, bom e excelente para possibilitar uma melhor interpretação dos dados, normatizando os escores de cada resultado analisado, compatibilizando-os em uma única escala de resposta. Desta forma, quanto maior a pontuação menor o risco de quedas e maior equilíbrio, quanto menor a pontuação maior o risco de quedas e menor equilíbrio (Tabela 2).

**Tabela 2. Equilíbrio dos idosos ativo e inativos**

VARIÁVEIS		TOTAL DE PARTICIPANTES	<36 PÉSSIMO		36≤X≤45 RUIM		46≤X≤53 BOM		54≤X≤56 EXCELENTE	
			N	%	N	%	N	%	N	%
Idoso	Ativo	20	0	0	3	15	16	80	1	5
	Inativo	20	3	15	13	65	3	15	1	5

Os resultados da Tabela 2 demonstram que 80% dos idosos ativos (n=16) apresentaram equilíbrio bom, já 65% dos idosos inativos (n=13) apresentaram equilíbrio ruim. Outro dado relevante é que nenhum dos idosos ativos pontuou equilíbrio péssimo, enquanto que os idosos inativos corresponderam a 15% (n=3) neste escore.

Segundo Shumway-Cook e Woollacott (2003) o estilo de vida determina a maneira pela qual se envelhece, o que leva a população buscar medidas preventivas de saúde. Associados à ideia de envelhecer bem, com qualidade de vida e pensando na prevenção da saúde da população geriátrica, muitos programas de atividade física para a terceira idade dão ênfase à atuação da educação como instrumento de promoção de uma velhice bem sucedida, oferecendo atividades diversas, como alongamentos e relaxamentos, visando a promoção do estilo de vida ativa entre os idosos. Díaz (2006) acrescenta relatando que educação é uma dimensão inseparável dos indivíduos e das comunidades e, por isso, a educação acontece ao longo de toda a vida, ou seja, acompanha o homem do nascimento até à morte.

Nesse sentido, a perspectiva de uma abordagem psicomotora, na fase da re-trogênese, é aspirar não contra o processo natural de envelhecer, mas a favor da manutenção de uma estrutura funcional adequada às necessidades específicas do idoso, da conservação de uma tonicidade funcional, de um controle postural flexível, de uma boa imagem de corpo, de uma organização espacial e temporal plástica; relacionando a criatividade, a emoção (desejo), a espontaneidade e a vitalidade à terceira idade.

## 2.2. Avaliação da qualidade de vida subjetiva - whoqol-bref

Com o objetivo de analisar o nível de qualidade de vida subjetiva dos idosos utilizou-se a escala WHOQOL-*bref* que corresponde a uma escala tipo Likert variando de 1 a 5 pontos. Nesta escala quanto mais se pontua próximo de 5 melhor o nível de qualidade de vida subjetiva do idoso. O WHOQOL-*bref* consta de 26 questões e é composto pelos domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

No que diz respeito à qualidade de vida, houve diferença estatisticamente significativa nos 4 domínios. No Físico os idosos apresentaram: ativos (M=3,81; DP=0,44) e idosos inativos (M=3,29; DP=0,95); Domínio Psicológico: idosos ativos (M=4,21; DP=0,31) e idosos inativos (M=3,54; DP=0,60); Domínio Relações Sociais: idosos ativos (M=4,21; DP=0,48) e idosos inativos (M=3,81; DP=0,46); Domínio Meio ambiente: idosos ativos (M=3,98; DP=0,57) e idosos inativos (M=3,32; DP=0,71).

**Tabela 3. Dados referentes ao teste t Student (t) dos domínios do WHOQOL-bref, e na QV geral**

DOMÍNIO	IDOSOS		T	NÍVEL DE SIGNIFICÂNCIA (P)*
	ATIVO (M, DP)	INATIVO (M, DP)		
Físico	3,81 ± 0,44	3,29 ± 0,95	2,185	0,035
Psicológico	4,21 ± 0,31	3,54 ± 0,60	4,456	0,000
Relações Sociais	4,21 ± 0,48	3,81 ± 0,46	2,657	0,011
Meio Ambiente	3,98 ± 0,57	3,32 ± 0,71	3,234	0,003
Qualidade de vida	4,02 ± 0,35	3,42 ± 0,59	3,876	0,001

Conforme o teste *t de Student*, a avaliação dos idosos quanto a sua qualidade de vida nos domínios, apresentou diferenças significativas entre os grupos de idosos ativos e inativos, tendo o domínio físico ( $t=2,185$ ;  $p=0,035$ ); domínio psicológico ( $t=4,456$ ;  $p=0,000$ ); domínio relações sociais ( $t=2,657$ ;  $p=0,011$ ); domínio meio ambiente ( $t=3,234$ ;  $p=0,003$ ).

Na avaliação da qualidade de vida total, os idosos ativos obtiveram média 4,02 (DP = 0,35), enquanto que os idosos inativos tiveram média 3,42 (DP=0,59). O teste *t de Student* apresentou diferenças significativas entre os grupos de idosos ativos e inativos ( $t=3,876$ ;  $p=0,001$ ).

Neste estudo tanto a qualidade de vida total quanto os domínios apresentaram índices de significância relevantes ( $p\leq 0,05$ ), segundo o teste *t de Student*, apresentando no domínio psicológico e na QV total,  $\alpha= 99,9\%$ ; no domínio social  $\alpha= 99\%$  e nos domínios físico e ambiental com  $\alpha= 95\%$ .

Viana (2004), utilizando o WHOQOL-*bref*, avaliou a qualidade de vida de idosos ativos e inativos e foi nos domínios físico e psicológico constatou a maior diferença significativa, com 4 questões de cada domínio. Tais achados aproximam-se de nossa pesquisa ao encontramos 3 questões de cada domínio.

Ainda, de acordo com a pesquisa de Viana (2004), o domínio meio ambiente, teve apenas duas questões que apresentaram diferença significativa, diferente desta pesquisa, onde se obteve diferenças significativas maiores (5 questões).

Estudo desenvolvido por Fibra et al. (2006) avaliando pré e pós-teste, idosos sedentários que foram submetidos a um programa de fisioterapia aquática, identificaram que os 4 domínios do WHOQOL-*bref* apresentaram melhores resultados, sendo que no domínio psicológico houve diferença estatisticamente significativas.

Em consonância com este estudo, os resultados encontrados por Viégas, Silva e Alvarenga (2009), em estudo comparativo da qualidade de vida e equilíbrio de idosos ativos e inativos, perceberam por meio do WHOQOL-*bref* que a prática de exercícios físicos é indicativa de melhor qualidade de vida entre os idosos, evidenciando que programas de incentivo à prática de exercícios físicos para esta população ainda são pouco explorados na perspectiva da promoção de saúde.

Não obstante, diferentes estudos também apontam resultados estatisticamente significativos em grande parte dos domínios que compõem a qualidade de vida quando comparadas as populações ativas e inativas, ou até mesmo envolvendo programas experimentais de atividade física em diferentes tipos de populações (Antunes et al., 2005). Contudo, a atividade física regular é vista como uma das formas mais efetivas na promoção de qualidade de vida em qualquer população, podendo melhorar a saúde e facilitar os contatos sociais.

### 2.3. Normatização e análise do construto: qualidade de vida

Para descrição e interpretação geral dos resultados foram consideradas as estatísticas descritivas como média e desvio padrão para ambos os grupos, bem como a utilização de um escore total que corresponde ao somatório de todos os itens. Para tanto os escores variaram de 1 = **Nada**, 2 = **Muito Pouco**, 3 = **Mais ou menos**, 4 = **Bastante** e 5 = **Extremamente**, com relação ao nível de satisfação. Para o construto **Qualidade de Vida** o escore mínimo é de 26 e o escore máximo é de 130 (somatório total dos itens deste fator), pois existem 26 itens.

Para possibilitar uma melhor interpretação dos dados, optou-se por normalizar os escores de cada fator analisado, compatibilizando-os em uma única escala de resposta. Uma vez que a comparação entre os domínios era bastante difícil, já que cada um possui uma pontuação total dependente do número de itens que compõe sua dimensão.

As estatísticas descritivas de cada domínio, assim como da QV Total, tais como as pontuações mínimas e máximas nos itens por domínio, **média e desvio padrão estão** apresentadas nas Tabelas 4 e 5 e para idosos ativos e inativos respectivamente.

**Tabela 4. Mínimo, máximo, média, desvio padrão e transformação linear dos Domínios e QV total estudados dos idosos ativos**

CONSTRUCTOS	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	TRANSFORMAÇÃO LINEAR
Domínio Físico	07	35	26,65	3,08	76,14
Domínio Psicológico	06	30	25,30	1,89	84,33
Domínio Social	03	15	12,65	1,46	84,33
Domínio Ambiental	08	40	31,90	4,62	79,75
QV total	26	130	104,40	9,12	80,30

**Tabela 5. Mínimo, máximo, média, desvio padrão e transformação linear dos Domínios e QV total estudados dos idosos inativos**

CONSTRUCTOS	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	TRANSFORMAÇÃO LINEAR
Domínio Físico	07	35	23,05	6,69	65,85
Domínio Psicológico	06	30	21,25	3,59	70,83
Domínio Social	03	15	11,45	1,39	76,33
Domínio Ambiental	08	40	26,60	5,68	66,50
QV total	26	130	88,95	15,31	

Com o intuito de unificar as escalas, os escores de todos os fatores foram submetidos a uma transformação linear, que permite calcular um escore de cada fator de forma padronizada, além de possibilitar comparações mais acuradas entre os fatores. A partir desse procedimento, foi descrito a avaliação de cada fator (Tabelas 4 e 5).

Por fim, o último fator, Qualidade de Vida, que envolve os 04 domínios além das Q1 e Q2. Este fator demonstrou que os idosos ativos pontuaram uma média de 104,4 pontos na Qualidade de Vida Total, podendo concluir-se que é uma porcentagem superior a 80% da avaliação, o que significa uma avaliação “bastante” satisfeita em relação ao escore total de QV, como pode ser visto na Figura 1.

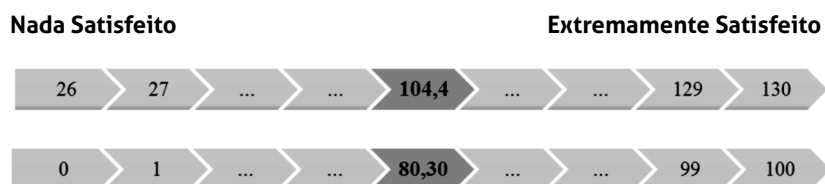


Figura 1. Avaliação do fator QV geral dos idosos ativos: transformação linear do escore bruto em escore normatizado

Quanto aos idosos inativos pontuaram uma média 88,95 pontos na Qualidade de Vida Total, representando uma porcentagem de 68,42% da avaliação, o que significa uma avaliação “muito pouco” satisfeito em relação ao escore total de QV (FIGURA 2).

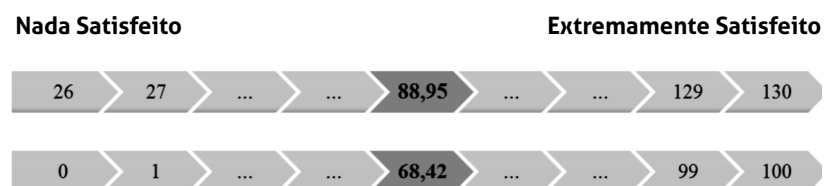


Figura 2. Avaliação do fator QV geral dos idosos inativos: transformação linear do escore bruto em escore normatizado

Levando-se em conta as respostas dos 40 idosos participantes que fizeram parte da pesquisa, buscou-se elaborar normas para o desenvolvimento de critério para a interpretação dos resultados obtidos. Para tanto, estabeleceu-se normas intra-grupo, em que o critério de referência dos escores é o grupo ou a população para a qual o teste foi construído. Neste sentido, o resultado do

sujeito toma sentido em relação aos resultados de todos os sujeitos da população. Como não são conhecidos os resultados da população, as normas foram estabelecidas sobre a amostra estudada, utilizando-se a técnica baseada no posto percentílico.

Considerando os escores brutos, foi realizada uma transformação linear simples, que produziu resultados de uma escala de 0 a 100. Os itens transformados foram utilizados para estabelecerem-se em percentis. Os resultados da criação de percentil para embasar as avaliações dos idosos Ativos e Inativos sobre os Domínios e a Qualidade de Vida, segundo critério interno, podem ser observados na Tabela 6 e 7 respectivamente.

**Tabela 6. Avaliação por domínio de todos os idosos ativos e inativos acerca da satisfação quanto a Qualidade de Vida, segundo Percentil**

PERCENTIL POR DOMÍNIO	1º PERCENTIL (NADA)	2º PERCENTIL (MUITO POUCO)	3º PERCENTIL (MAIS OU MENOS)	4º PERCENTIL (BASTANTE)	5º PERCENTIL (EXTREAMENTE)
Domínio Físico	$x \leq 61,71$	$61,72 \leq x \leq 71,42$	$71,43 \leq x \leq 77,14$	$77,15 \leq x \leq 82,85$	$X \geq 82,86$
Domínio Psicológico	$x \leq 73,33$	$73,34 \leq x \leq 76,66$	$76,67 \leq x \leq 82,00$	$82,01 \leq x \leq 86,66$	$X \geq 86,67$
Domínio Social	$x \leq 73,33$	$73,34 \leq x < 80,00$	$80,00 \leq x \leq 80,01$	$80,01 < x \leq 86,66$	$X \geq 86,67$
Domínio Ambiental	$x \leq 62,50$	$62,51 \leq x \leq 67,50$	$67,51 \leq x \leq 78,00$	$78,01 \leq x \leq 89,00$	$X \geq 89,01$

**Tabela 7. Avaliação pelo fator QV geral de todos os idosos ativos e inativos acerca do nível da satisfação, segundo Percentil**

PERCENTIL	1º PERCENTIL (NADA)	2º PERCENTIL (MUITO POUCO)	3º PERCENTIL (MAIS OU MENOS)	4º PERCENTIL (BASTANTE)	5º PERCENTIL (EXTREAMENTE)
Idosos ativos	$x \leq 56,46$	$56,47 \leq x \leq 69,07$	$69,08 \leq x \leq 72,00$	$72,01 \leq x \leq 80,15$	$X \geq 80,16$
Idosos inativos	$x \leq 74,61$	$74,62 \leq x \leq 79,53$	$79,54 \leq x \leq 83,23$	$83,24 \leq x \leq 86,46$	$X \geq 86,47$
Scores geral dos idosos	$x \leq 65,84$	$65,85 \leq x \leq 72,61$	$72,62 \leq x \leq 79,69$	$79,70 \leq x \leq 83,84$	$X \geq 83,85$

Diante dos resultados obtidos acerca do nível da satisfação, segundo percentil, foi verificada uma avaliação positiva, visto que os grupos de idosos ativos estavam “bastante” satisfeitos nos domínios: psicológico, meio ambiente e social, bem como na qualidade de vida geral, o que difere do grupo de idosos inativos, os quais predominaram o percentil “muito pouco” satisfeito, apontados nos domínios: físico, meio ambiente e relações sociais, assim como na qualidade de vida geral. Apenas o domínio psicológico apresentou a classificação como “nada” satisfeito pelos idosos inativos.

### **Considerações finais**

Os resultados da presente pesquisa confirmam a hipótese que a qualidade de vida de idosos ativos é maior em relação aos inativos, tendo como variável a realização de exercícios psicomotores.

Quanto ao elemento psicomotor – Equilíbrio- avaliado, os indivíduos idosos ativos também apresentaram melhores valores. Evidenciou-se a comparação pelo teste t de Student, dos escores médios da EBB entre os idosos ativos e os inativos e apesar dos idosos da amostra estarem na pontuação entre 41 a 56, o que resulta em independência, constatou-se também uma diferença significativa entre os dois grupos, sobretudo nas questões de número 1 (sentado para de pé), 2 (em pé sem apoio), 3 (sentado sem suporte para as costas, mas com os pés apoiados sobre o chão ou sobre um banco), 6 (em pé sem suporte com olhos fechados), 7 (em pé sem suporte com os pés juntos), 9 (apanhar um objeto do chão a partir da posição em pé), 10 (em pé, virar e olhar para trás sobre os ombros direito e esquerdo) e 12 (colocar pés alternados sobre degrau ou banco permanecendo em pé e sem apoio).

A avaliação dos domínios e da qualidade de vida total apresentaram índices de significância relevantes ( $p \leq 0,05$ ), segundo o teste *t de Student*. Considerando o percentil, foi verificada uma avaliação positiva, visto que o grupo de idosos ativos estão “bastante” satisfeitos nos domínios: psicológico, meio ambiente e relações sociais, bem como na qualidade de vida geral, o que difere do grupo de idosos inativos, os quais predominaram o percentil “muito pouco” satisfeito, apontados nos domínios: físico, meio ambiente e relações sociais, assim como na qualidade de vida geral.

Desta forma, o estudo demonstrou equivalência de desempenho psicomotor entre idosos praticantes e não praticantes de exercício psicomotores regulares e a influência da atividade psicomotora na prevenção de quedas e na capacidade funcional; porém deve-se pontuar que esses resultados não podem ser estendidos a todos os indivíduos; em virtude das características específicas dos grupos em questão e porque a amostra não pode ser considerada representativa para a população idosa brasileira.



Esses resultados corresponderam com as expectativas iniciais da pesquisa, demonstrando que a pessoa idosa que praticar exercícios físicos regular, preferencialmente psicomotores, e manter uma vida dinâmica, com convívio social e ainda mais tiver uma atividade mental continuada, pode ter um envelhecimento bem-sucedido e produtivo, e ainda manter a sua independência e viver essa fase da vida de uma forma agradável e com um bom nível de qualidade de vida.

Percebeu-se por meio deste estudo que a prática de exercícios psicomotores é indicativa de uma maior percepção de qualidade de vida e de equilíbrio. Porém, como os programas educacionais e de incentivo à prática de exercícios psicomotores para esta população ainda são pouco explorados quanto à promoção de saúde, cabe aos profissionais de saúde engajar-se efetivamente em projetos que mobilizem os idosos de maneira que estes se sintam motivados tornando-se mais ativos, assim como, seria importante atentar para essa questão educacional como fator relevante para a qualidade de vida da população idosa. Nesse sentido fazem-se necessários uma ampliação e aprofundamento nas pesquisas com os idosos, empenhando-se sempre não apenas em viver mais, mas também em viver melhor.

Sugere-se também, novas pesquisas com a aplicação do WHOQOL-*bref* concomitante ao WHOQOL-*old*, no intuito de coletar dados mais abrangentes e, a realização de estudos com pré e pós-teste com os idosos ativos para comparações internas dos resultados do grupo.

#### Referências Bibliográficas

- Antunes, H. K. M. *et al* (2006). Depression, anxiety and quality of life scores in seniors after an endurance exercise program. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27 (4), 266-271.
- Boas, R. F. V. (2005). *A capacidade funcional e o nível de aptidão física para realização de atividades de vida diária em um grupo de idosos*. 2005. 70 f. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Promoção em Saúde. Universidade de França.
- Costa, M., & López, E. (1996). *Educación para la salud*. Madrid: Pirâmide.
- Dasca, J. B. (2009). *Controle Postural de Idosos: Efeito da Perturbação Visual com o Uso do Sistema Ancora*. Tese de Doutorado em Ciência da Motricidade. Instituto de Biociências do Campus de Rio Claro. Universidade Estadual Paulista, Rio Claro.
- Díaz, A. S. (2006). Uma Aproximação à Pedagogia- Educação Social. *Revista Lusófona de Educação*, 7, 91-104.
- Fibra, T., Sá, T. S. T. F., Fontes, S. V., Driusso, P., & Prado, G. F. (2006) Avaliação da Qualidade de Vida de idosos submetidos à Fisioterapia Aquática. *Revista Neurociências*, 14 (4), 182 -184.
- Fonseca, V. (1998). *Psicomotricidade: Filogênese, Ontogênese e Retrogênese*. (2ª ed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Guedes, R. M. L. (2001). Motivação de idosos praticantes de atividades físicas. In, Guedes, O. C. (org.). *Idoso, Esporte e Atividades Físicas*. João Pessoa: Idéia.
- Guimarães, L.H.C.T., *et al* (2004). Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários. *Revista Neurociências*, 12 (2), 25-32.
- Karmisholt, K., Gyntelberg, F., & Gotzsche, P. C. (2005) Physical activity for primary prevention of disease. *Danish Med. Bulletin* may 2(52), 86-89.
- Papaléo Netto, M. (2007). *Tratado de gerontologia*. (2ª ed.) Rio de Janeiro: Atheneu.

- Paschoal, S. M. P., Salles, R. F. N., & Franco, R.P. (2006). Epidemiologia do Envelhecimento. In: Carvalho Filho, E. T., & Papaléo Netto, M. *Geriatrics Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. São Paulo: Atheneu.
- Perracini, M. R., & Ramos, L. R. (2002) Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Revista Saúde Pública*, 36(6), 709-16.
- Rosa Neto, F. (2002). *Manual de avaliação motora*. Porto Alegre: Artmed.
- Rosa Neto, F., Vieira, G. F., & Teixeira, C. A. A. (2001). Estudo de parâmetros motores da terceira idade. In *II Congresso Internacional de Motricidade Humana*. Anais do II Congresso Internacional de Motricidade Humana. Muzambinho: Escola Superior de Educação Física e Muzambinho.
- Shumway-cook, A., & Woollacott, M. H. (2003). *Controle motor: teorias e aplicações práticas*. São Paulo: Manole.
- Silva, T. A. A. et al (2006). Sarcopenia Associada ao Envelhecimento: Aspectos Etiológicos e Opções Terapêuticas. *Revista Brasileira Reumatol*, 46 (6), 391-397.
- Sinésio, N. B. O., & Andrade, C. M. (2000). Experiências educativas numa instituição asilar. *Revista de Fisioterapia da Universidade de Cruz Alta*, 7(2), 21-29.
- Viana, H. B. (2004). Avaliando a qualidade de vida de pessoas idosas utilizando parâmetros subjetivos. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 25 (3), 149-158.
- Viégas, E. D., Silva, F. C., & Alvarenga, L. F. (2009). *Comparação da Qualidade de Vida e Equilíbrio Funcional entre Idosos Praticantes de Exercícios Físicos e Sedentários*. [Disponível em [www.physiocafe.com.br/site/arquivos/qualidade\\_vida\\_equ\\_func\\_idosos.doc](http://www.physiocafe.com.br/site/arquivos/qualidade_vida_equ_func_idosos.doc)., consultado em 20 de maio de 2010].

### **Mayara Costa**

Doutoranda e Mestre em Ciências da Educação pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (ULHT), em Lisboa, Portugal. Fisioterapeuta e professora de Cursos de graduação e pós-graduação em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos, Paraíba. [mayleal@gmail.com](mailto:mayleal@gmail.com)

### **Leonardo Rocha**

Doutor em Ciências da Educação pela Universidade Técnica de Lisboa. Diretor do Curso de Educação Física e Desporto do Instituto Superior Manuel Teixeira Gomes em Portimão. Membro do Centro de Estudos e Intervenção Em Educação e Formação, do Conselho de Redação da *Revista Lusófona de Educação* e do *Boletim da Sociedade Portuguesa de Educação Física*. [leonevesrocha@hotmail.com](mailto:leonevesrocha@hotmail.com)

### **Suenny Oliveira**

Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e coordenadora do Curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Patos (FIP), Patos, Paraíba. Professora de cursos de graduação e pós-graduação, e membro do Comitê de Ética da mesma instituição. [suennyfonseca@yahoo.com.br](mailto:suennyfonseca@yahoo.com.br)