

Fisioter Bras 2017;18(6):700-8

ARTIGO ORIGINAL

Relação entre a qualidade de vida e desempenho motor em idosos ativos

Relationship between quality of life and motor performance in active elderly

Lara Sodré Lago*, Luciana Araújo dos Reis, Ft., D.Sc.**

**Graduanda em Fisioterapia pela Faculdade Independente do Nordeste, **Estágio Pós-doutoral em Saúde Coletiva/UFBA/ISC, Docente Adjunta da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia e Docente Titular da Faculdade Independente do Nordeste*

Recebido em 15 de novembro de 2016; aceito em 21 de junho de 2017.

Endereço para correspondência: Luciana Araújo dos Reis,
Av. Luiz Eduardo Magalhães, 1035, Candeias, 45028105 Vitória da Conquista BA, E-mail:
lucianauesb@yahoo.com.br; Lara Sodré Lago: larinhalago@yahoo.com.br.

Resumo

O processo de envelhecimento está se tornando um fen meno mundial. O objetivo deste trabalho foi identificar a rela o entre qualidade de vida e desempenho motor em idosos ativos. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório, descritiva e analítica, com delineamento transversal e abordagem quantitativa. A correla o entre Desempenho Motor e Qualidade de Vida foi realizada através da correla o de Spearman com significância de 5%. A amostra incluiu 59 pacientes da cidade de Vitória da Conquista/BA. Constatou-se no estudo que houve uma maior distribui o de idosos do sexo feminino (83,1%), com ensino fundamental incompleto (39%), casados (42,4%) e com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (45,8%). Nas condi es de saúde houve uma maior distribui o de idosos com problemas de saúde (98,3%), classificados como independente nas atividades básicas da vida diária (71,1%) e dependente (64,4%) nas atividades instrumentais da vida diária. Na qualidade de vida, encontram-se comprometidos os domínios físico (14,16 pontos), psicológico (13,77 pontos) e meio ambiente (14,37 pontos). No desempenho motor, os idosos apresentaram limita o apenas na atividade de equilíbrio (52,5%). Houve apenas diferença estatística significativa nos domínios da qualidade de vida e a atividade equilíbrio do desempenho motor ($p=0,000$). Conclui-se que a qualidade de vida pode interferir diretamente no desempenho motor dos idosos, uma vez que a qualidade de vida determina o bem-estar e a capacidade de manter-se aut nomo para realizar as suas atividades diárias.

Palavras-chave: envelhecimento, qualidade de vida, atividade motora.

Abstract

The aging process is becoming a global phenomenon. Thus, our objective was to identify the relationship between quality of life and motor performance in active elderly. This was an exploratory, descriptive and analytical research, with a cross-sectional and quantitative design. The correlation between Motor Performance and Quality of Life was obtained through Spearman correlation with a significance level set at 5%. The sample included 59 patients from the city of Vitória da Conquista/BA. The study found that a greater distribution of female elderly citizens (83.1%), with incomplete elementary school (39%), married (42.4%) and with a family income from 1 to 3 minimum wages (45.8%). Concerning the health conditions, there was a greater distribution of elderly people with health problems (98.3%), classified as independent in the basic activities of daily living (71.1%) and dependent (64.4%) in the instrumental activities of daily living. As for the quality of life, the physical (14.16 points), psychological (13.77 points) and environment (14.37 points) domains are undermined. Regarding the motor performance, the elderly people showed limitation only in the activity related to balance (52.5%). There was only significant statistical difference in the domains of quality of life and the activity of balance of the motor performance ($p = 0.000$). We concluded that quality of life may interfere directly in the motor performance of the elderly people, since it determines the welfare and the ability to remain autonomous to perform their activities of daily living.

Key-words: aging, quality of life, motor activity.

Introdução

O processo de envelhecimento está se tornando um fenômeno mundial e presente nos países desenvolvidos e nos que estão em desenvolvimento. Este fato ocorre devido à associação de dois fatores que são a redução da taxa de natalidade somada a um aumento da taxa de longevidade [1].

Nos países desenvolvidos, o envelhecimento ocorre de forma gradual, acompanhando as melhorias no sistema de saúde, habitação, saneamento básico, alimentação, trabalho e previdência social, porém no Brasil, um país em desenvolvimento, este processo está ocorrendo de forma rápida gerando um contexto de desigualdades sociais, com economia frágil, serviços especializados precários e reduzidos recursos financeiros, sem as demandas do novo grupo etário emergente [2].

Segundo dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) [3], os idosos brasileiros representam 23,5 milhões de pessoas com mais de 60 anos de idade. Comparando 2009 e 2011, ano da última pesquisa realizada, o grupo de idosos aumentou 7,6%, ou seja, mais 1,8 milhões.

Aliado ao envelhecimento, o corpo torna-se mais vulnerável às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), estas doenças são classificadas como morbidades por um longo período de curso clínico, irreversíveis, estando comumente associadas à fragilidade orgânica natural dos indivíduos. Seus principais fatores são o uso do tabaco, má alimentação, sedentarismo e consumo nocivo de álcool [4,5].

De acordo com o Ministério da Saúde [6], as DCNT mais prevalentes são as doenças circulatórias como a hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, as endócrinas como o diabetes mellitus, respiratórias e o câncer. Desta forma, a implementação de atividades que contribuam para um envelhecimento saudável e ativo a fim de melhorar a qualidade de vida desta população torna-se indispensável [7].

Dentre as estratégias de avaliação das condições de saúde da população idosa, o desempenho motor se destaca, já que o mesmo está relacionado com as modificações fisiológicas, autonômicas e psicológicas do indivíduo. Com o envelhecimento, o indivíduo torna-se susceptível a distúrbios motores, o que dificulta sua locomoção e conseqüentemente altera a sua independência e autonomia [8].

Diante deste cenário de transições demográficas, epidemiológicas e nutricionais, surge o termo qualidade de vida, que nada mais é do que a necessidade de amparar os idosos dando-lhes um suporte maior à manutenção da saúde, abrangendo os aspectos físicos, espirituais, psíquicos e sociais, de modo que os mesmos tenham uma melhor percepção acerca da posição na vida, nível de dependência, contexto cultural e sistema de valores [7].

Ações de educação e promoção à saúde têm favorecido na melhoria de vários aspectos da vida do idoso, colaborando com um envelhecimento satisfatório. Diante disto, as atividades em grupos têm demonstrado resultados positivos quanto à prevenção e promoção à saúde dos idosos [9]. Nesta perspectiva, este estudo tem por objetivo geral: identificar a relação entre qualidade de vida e desempenho motor em idosos ativos. E por objetivos específicos: caracterizar as condições sociodemográficas e saúde em idosos ativos; avaliar a qualidade de vida e o desempenho motor em idosos ativos.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório, descritivo e analítico, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, subprojeto do projeto: Programa Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre o Envelhecimento humano: Ações de cuidado e atenção ao idoso.

O projeto de pesquisa foi desenvolvido no município de Vitória da Conquista no Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisa sobre o Envelhecimento Humano (NIEPEH): Atenção e Proteção ao Idoso.

A amostra foi constituída por todos os idosos que tiverem condições mentais para responder ao instrumento de pesquisa, sendo o estado mental avaliado pelo Mini Exame do Estado Mental/MEEM [10].

A amostra foi do tipo não-probabilística por conveniência e constituída a partir de 80 indivíduos que foram selecionados através dos critérios de inclusão e exclusão: Critérios de inclusão: ser participante do grupo de convivência de idosos do município de Vitória da Conquista e obter pontuação acima de 24 pontos no MEEM. Critérios de exclusão: os

indivíduos cadeirantes ou portadores de deficiência visual e/ou auditiva. Totalizando uma amostra de 59 idosos.

O instrumento de pesquisa foi constituído de dados sociodemográficos como data da aplicação do questionário, o sexo (feminino ou masculino), escolaridade (não alfabetizado, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo), estado civil (solteiro, casado, viúvo, divorciado), renda familiar (um salário mínimo, de 1-3 salários mínimos, de 3-5 salários mínimos, de 7 a 10 salários mínimos).

A caracterização das condições de saúde foi avaliada por meio de questionamentos aos idosos: se tinham problemas de saúde, se realizavam tratamento. A avaliação das incapacidades nas atividades básicas e instrumentais da vida diária foi realizada pelo Índice de Barthel e pela Escala de Lawton e Brody respectivamente. O Índice de Barthel avalia o nível de independência do indivíduo para a realização de dez atividades básicas da vida diária (ABVD). Tem como objetivo avaliar se o indivíduo é capaz de desempenhar atividades independentemente como: alimentação, banho, atividades rotineiras, vestir-se, intestino, sistema urinário, uso do toilet, transferência da cama para a cadeira e vice-versa, mobilidade e escadas. Sua pontuação vai de 0 a 100 pontos, quanto menor for a pontuação maior será o grau de dependência [11]. No estudo foi adotada a classificação dependente (pontuação <100 pontos) e independente (pontuação =100 pontos).

A escala para avaliação das incapacidades nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD), desenvolvida por Lawton e Brody avalia o nível de independência do indivíduo no que se refere à realização das AIVD, compreendidas por nove tarefas que possibilitam a pessoa adaptação ao meio e manutenção da independência na comunidade como: uso do telefone, de transportes, fazer compras, preparar alimentos, lidar com a casa, realizar trabalhos manuais, lavar e passar a própria roupa, uso correto da medicação e administração do dinheiro. Cada questão possui três opções, a primeira indica independência, a segunda dependência parcial e a terceira dependência total. Para o cálculo do escore, atribuem-se 3, 2 e 1 pontos respectivamente com pontuação de 9 a 27 pontos. Quanto maior o escore, maior o grau de independência [12]. No estudo foi adotada a classificação dependente (pontuação <27 pontos) e independente (pontuação = 27 pontos).

Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o Whoqol-bref, criado pelo *World Health Organization Quality of Life* e validado por pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. É recomendado pela Organização Mundial da Saúde para avaliação da qualidade de vida. O instrumento é composto por 26 questões, as duas primeiras referem-se à percepção individual da QV e da percepção de saúde e as 24 seguintes são subdivididas em quatro domínios, sendo eles: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Cada domínio pode alcançar escores de 4 a 20, e quanto mais próximo de 20 melhor a qualidade de vida do indivíduo no domínio avaliado. Somando-se os escores dos quatro domínios e das duas questões referentes à percepção do indivíduo, pode-se chegar a escores mínimos de 20 e máximo de 100. Valores mais altos indicam melhor qualidade de vida [13].

Avaliação do desempenho motor: Realizada por meio dos testes de Equilíbrio, Teste de Sentar e Levantar (TSL), Flexibilidade/mobilidade, Teste de caminhar 2,44m.

Equilíbrio: Utilizado para avaliar o equilíbrio estático. Inicialmente o indivíduo permanecia em pé, por 10 segundos, mantendo os pés juntos e olhos abertos. Depois deveria permanecer em pé, por 10 segundos, colocando o calcanhar de um pé na frente do outro, mantendo os olhos abertos. Posteriormente o indivíduo deveria permanecer em pé, apoiando-se em uma das pernas, 10 segundos, sem utilizar qualquer tipo de apoio e finalmente o indivíduo deveria permanecer em pé, apoiando-se na outra perna por 10 segundos sem utilizar qualquer tipo de apoio. O avaliado era classificado como sem limitação (se fosse capaz de realizar somente a tarefa 1 e 2 mais a 3 e/ou a 4) e com limitação (incapaz se não conseguisse realizar nenhuma tarefa, fraco, se não fosse capaz de realizar somente a tarefa 1, médio, se fosse capaz de realizar somente a tarefa 1 e 2).

Teste de Sentar e Levantar (TSL): Teste utilizado como medida de força de membros inferiores em indivíduos idosos. O indivíduo iniciava o teste em sedestação, com a coluna ereta e os braços cruzados sobre o peito, pés afastados à largura dos ombros e totalmente apoiados no solo e um dos pés deve estar ligeiramente avançado em relação ao outro para ajudar a manter o equilíbrio. O indivíduo devia se levantar cinco vezes, o mais rápido possível, sem fazer nenhuma pausa. O teste é considerado concluído com êxito quando realizado em tempo igual

ou inferior a 60 segundos. O idoso era classificado em sem limitação (tempo igual ou inferior a 60 segundos) e com limitação (tempo maior que 60 segundos).

Flexibilidade/mobilidade: O teste “agachar e pegar o lápis no chão” proposto para observar a flexibilidade/mobilidade dos músculos posteriores da perna e para verificar a capacidade de abaixar e levantar dos idosos. O indivíduo ficava em posição ereta com os pés juntos, agachava-se e apanhava o lápis a 30 centímetros à frente da ponta dos seus pés. Ficava novamente em pé no tempo de 30 segundos. Foi observado se o indivíduo conseguiu cumprir o teste ou não, se sim, em quanto tempo conseguiu realizá-lo. O idoso era classificado em sem limitação (quando conseguia realizar o teste) e com limitação (quando não conseguia realizar o teste).

Teste de caminhar 2,44 m: Utilizado para avaliar a mobilidade física, velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico. O indivíduo caminhava no trajeto marcado no chão (2,44 m), em sua velocidade normal, como se estivesse caminhando na rua, sendo verificado se o mesmo conseguia ou não realizar o teste e quantos segundos era gasto pela primeira e segunda vez. O idoso era classificado em sem limitação (quando conseguia realizar o teste) e com limitação (quando não conseguia realizar o teste).

Inicialmente foi realizado um contato inicial com os responsáveis pelo desenvolvimento das atividades do grupo de convivência, quando foram explicados os objetivos da pesquisa, solicitando autorização para a coleta de dados. Após consentimento em participar da pesquisa foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo respeitados os princípios éticos que constam na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Somente após a assinatura do termo, a pesquisa foi iniciada com os idosos cadastrados no Projeto Vida Ativa da UESB e nas unidades básicas de saúde da família do município de Vitória da Conquista/BA.

O convite à participação na pesquisa ocorreu de maneira aleatória aos indivíduos que estivessem presentes no momento das visitas. A partir desta abordagem, foram explicados os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa e conferido se o participante se enquadrava nos critérios de seleção da pesquisa.

Os dados coletados foram organizados em uma planilha Excel® 2015 e, em seguida, transportados e analisados no programa Statistical Pack Age for the Social Science SPSS® versão 20.0. A correlação entre Desempenho Motor e Qualidade de Vida foi realizada através do coeficiente de correlação de Spearman.

Os participantes foram informados quanto aos objetivos da pesquisa, ficando livres para participarem ou não. Ao aceitarem, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE respeitando os princípios éticos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para que os dados pudessem ser utilizados e os resultados divulgados.

Resultados

Constatou-se no presente estudo que houve uma maior distribuição de idosos do sexo feminino (83,1%), com ensino fundamental incompleto (39%), casados (42,4%) e com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (45,8%), conforme dados da tabela I.

Tabela I - Caracterização sociodemográficas dos idosos ativos. Vitória da Conquista/BA, 2016.

	n	%
Sexo		
Feminino	49	83,1
Masculino	10	16,9
Escolaridade		
Ensino médio incompleto	7	11,9
Ensino médio completo	10	16,9
Ensino fundamental incompleto	23	39
Ensino superior incompleto	4	6,8
Ensino fundamental completo	2	3,4
Ensino superior completo	3	5,1
Não alfabetizado	10	16,9
Estado civil		
Casado	25	42,4
Viúvo	16	27,1
Solteiro	12	20,3
Divorciado	6	10,2
Renda familiar		
1 a 3 salários mínimos	27	45,8
1 salário mínimo	24	40,7
3 a 5 salários mínimos	4	6,8
7 a 10 salários mínimos	4	6,8
Total	59	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa.

Em relação às condições de saúde verificou-se uma maior distribuição de idosos com problemas de saúde (98,3%), classificados como independente nas Atividades Básicas de Vida Diária/ABVD (71,1%) e dependente (64,4%) nas Atividades Instrumentais de Vida Diária/AIVD, segundo dados da tabela II.

Tabela II - Caracterização das condições de saúde dos idosos ativos. Vitória da Conquista/BA, 2016.

	n	%
Presença de Problema de Saúde		
Sim	58	98,3
Não	1	1,7
Realização de Tratamento		
Sim	35	59,3
Não	24	40,7
ABVD*		
Independente	42	71,1
Dependente	17	28,9
AIVD**		
Dependente	38	64,4
Independente	21	35,6
Total	59	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa; *Atividades Básicas de Vida Diária; **Atividades Instrumentais de Vida Diária.

Conforme a tabela III observou-se que a QV se encontra mais comprometida nos domínios físico (14,16 pontos), psicológico (13,77 pontos) e meio ambiente (14,37 pontos).

Tabela III - Distribuição dos domínios do Whoqol-bref. Vitória da Conquista/BA, 2016.

Domínios	n	Média	Desvio Padrão	IC
Domínio Físico	59	14,16	1,50	6,88
Domínio Psicológico	59	13,77	2,20	10,64
Domínio Relações Sociais	59	16,00	2,99	10,68
Domínio Ambiente	59	14,37	2,52	11,48

Fonte: Dados da Pesquisa.

Na avaliação do desempenho motor, os idosos apresentaram limitação apenas na atividade de equilíbrio (52,5%), segundo tabela IV.

Tabela IV - Distribuição dos idosos segundo as atividades do desempenho motor. Vitória da Conquista/BA, 2016.

	N	%
Equilíbrio		
Sem limitação	28	47,5
Com limitação	31	52,5
Sentar e levantar		
Sem limitação	59	100
Agachar e pegar o lápis no chão		
Sem limitação	59	100
Caminhada		
Sem limitação	59	100
Total	59	100

Fonte: Dados da Pesquisa.

Com a aplicação do coeficiente de correlação de Spearman, verificou-se que houve apenas diferença estatística significativa entre os domínios da qualidade de vida e a atividade equilíbrio do desempenho motor ($p=0,000$).

Discussão

No que se refere às condições sociodemográficas, observou-se que há uma maior distribuição de idosos do sexo feminino, com ensino fundamental incompleto, casados e com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos. O interesse das mulheres em participar de atividades de lazer é diferente dos homens, uma vez que elas exercem um papel dedicado ao lar, ou seja, não exerceram uma atividade profissional, suas atividades foram direcionadas ao ambiente doméstico, marido e filhos.

A escolaridade está associada à capacidade funcional, ou seja, quanto maior o nível de escolaridade, maiores são as condições da pessoa se manter independente, quanto menor o nível escolar, piores são os rcos de declínio da capacidade funcional [15]. Dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios [16] revelam que 9,4% das pessoas entre 60 e 64 anos são analfabetas no Brasil e, para as pessoas de 65 anos ou mais, esse percentual aumenta para 29,4%.

Segundo os resultados do presente estudo a maioria dos idosos é casada, estado civil este que não reflete nos achados demográficos do Brasil, de acordo com o banco de dados do IBGE [17], a maioria dos idosos são solteiros ou viúvos. O maior número de viúvas se dá em virtude da maior expectativa de vida e, uma vez viúva, a grande maioria das mulheres tende a viver só, diferente dos homens que têm a tendência de encontrar outra companheira.

Ter uma renda familiar satisfatória reflete de forma positiva e relevante acerca de um envelhecimento ativo, uma vez que o idoso pode contribuir com o orçamento familiar e assumir o compromisso com as necessidades de saúde, sociais e alimentares [18]. O baixo poder aquisitivo impactará de forma negativa na autonomia funcional do idoso, uma vez que pessoas menos favorecidas possuem 3,3 vezes mais chances de desenvolver alguma dependência nas atividades da vida diária (AVD) quando comparadas às classes mais favorecidas economicamente.

Em relação às condições de saúde, verificou-se uma maior distribuição de idosos com problemas de saúde, sendo este resultado corroborado por estudo [19,20] no qual grande parte

dos idosos entrevistados (77,38%) relatou possuir pelo menos uma doença associada, sendo a hipertensão arterial (56,20%) e a osteoartrite (28,10%) as mais prevalentes.

Nas ABVD os idosos foram em sua maioria classificados como independentes, e nas AIVD os idosos se demonstraram dependentes. Em estudo realizado com idosos cadastrados em uma unidade da Estratégia Saúde da Família [21], na avaliação da funcionalidade, os idosos foram independentes para as ABVD e AIVD, apesar de demonstrar um comprometimento funcional mais evidente na realização das AIVD. No entanto, a dependência dos idosos nas AIVD pode ser explicada devido ao fato de que com o avançar da idade há uma redução nas fibras musculares, reduzindo dessa forma a força muscular. Isso faz com que haja uma lentidão nos movimentos e gere uma fadiga precoce limitando as suas funcionalidades [12].

O termo qualidade de vida está relacionado à autoestima e o bem-estar pessoal, no qual englobam aspectos como a capacidade funcional, nível socioeconômico, estado emocional, interação social, atividade intelectual, autocuidado, suporte familiar, estado de saúde, valores culturais, éticos e religiosos, estilo de vida, satisfação com o emprego e/ou com as atividades da vida diária e com o ambiente em que se vive [22].

À medida que a pessoa envelhece, sua qualidade de vida será determinada pela capacidade de manter a autonomia e a liberdade, mesmo convivendo com patologias crônicas já existentes. Embora a qualidade de vida seja definida como uma boa percepção do bem-estar físico, psicológico, social e ambiental seu significado torna-se muito subjetivo, uma vez que o nível sociocultural, a idade e os interesses pessoais irão influenciar nos resultados [23].

No estudo, pôde-se observar que a qualidade de vida dos idosos pesquisados se encontra mais comprometida nos domínios físico, psicológico e meio ambiente. O domínio físico abrange questões como condições físicas, mobilidade, independência, capacidade e disposição, a capacidade funcional está diretamente relacionada ao impacto causado à qualidade de vida nos idosos [23]. Já o domínio psicológico irá abordar questões que dizem respeito às condições relacionadas aos sentimentos positivos e negativos, concentração, aprendizagem e crenças. O domínio meio ambiente inclui as condições ambientais e estilo de vida.

O comprometimento da qualidade de vida dos idosos avaliados no presente estudo é corroborado por estudo de Ascensão [24] realizado com três amostras independentes, sendo duas formadas por idosos que residiam no meio urbano e outro no meio rural, totalizando uma amostra de 21 idosos, pôde constatar que nos domínios físico, psicológico e ambiente as diferenças encontradas foram estatisticamente significativas independentemente de onde residiam.

Em estudo [25] que com uma amostra de 80 idosos, perceberam que, com os resultados de cada domínio, as médias se encontravam próximo ao valor máximo (20), pressupondo que os idosos de sua amostra possuíam uma boa qualidade de vida, no que diz respeito aos domínios físico ($16,46 \pm 1,96$), de relação social ($16,78 \pm 2,13$), psicológico ($16,89 \pm 1,72$) e de meio ambiente ($16,45 \pm 1,76$).

Na avaliação do desempenho motor, os idosos apresentaram limitação apenas nas atividades de equilíbrio, resultado que se assemelha com o estudo [12] realizado com uma amostra de 63 idosos longevos, no qual se observou um escore médio na atividade de equilíbrio (42,9%), bom nas atividades de sentar/levantar (82,5%), agachar/pegar um lápis no chão (87,3%) e caminhada (96,8%).

Em estudo incluindo uma amostra de 164 idosos [8], verificou-se que na avaliação do desempenho motor houve uma maior predominância de idosos com limitação na atividade de agachar e pegar um lápis no chão (85,4%), sem limitação na atividade sentar e levantar (92,7%), sem limitação no teste de caminhada (96,3%) e sem limitação na atividade de equilíbrio (81,7%).

Este fato pode ser explicado devido ao processo de envelhecimento afetar a estabilidade do indivíduo. Um bom equilíbrio depende da capacidade do sistema nervoso central em processar sinais proprioceptivos, visuais e vestibulares, no entanto, com o avançar da idade essa habilidade é comprometida, tornando-os mais vulneráveis às transformações físicas e clínicas, que acaba por alterar os seus reflexos adaptativos [26].

No estudo foi possível verificar que há uma interferência da qualidade de vida no desempenho motor. Este fato pode ser explicado por pesquisa [27] na qual os idosos avaliados definiram qualidade de vida como a ausência de doenças, desfrutar de um bom recurso financeiro, ter acesso aos serviços de saúde e apoio familiar para um bom desempenho das suas atividades cotidianas e no cuidar.

A ausência do dinheiro e do apoio familiar pode desencadear a fragilidade no idoso causando-lhe uma série de desordens, provocando limitações funcionais que afetam o desempenho motor que interfere diretamente na qualidade de vida do indivíduo. Quando isso acontece, é possível que haja um declínio tanto físico quanto mental, na maioria dos casos, evolui para o aparecimento de incapacidades funcionais e instrumentais [28].

Um das habilidades que são afetadas no idoso é o equilíbrio, pois há uma redução nos reflexos adaptativos que dão origem aos processos degenerativos que levam a eventos como tontura, desequilíbrio e instabilidade postural, predispondo a ocorrências de quedas. O receio de cair faz com que os idosos fiquem em casa, se privando de sair, praticar atividades físicas, afetando de forma direta a sua qualidade de vida [29].

Conclusão

Conclui-se com o presente estudo que a qualidade de vida pode interferir de forma direta no desempenho motor dos idosos, uma vez que a qualidade de vida determina o bem-estar e a capacidade de manter-se autônomo para realizar as suas atividades diárias. Quando isso não é mais possível ou quando os mesmos são privados dessa autonomia, seja por qualquer motivo, os idosos ficam mais vulneráveis às transformações físicas e clínicas, alterando assim o seu desempenho motor.

Este estudo torna-se relevante, pois poderá servir como parâmetro para intervenções nas políticas públicas na saúde do idoso, a fim de buscar implantar grupos e programas de exercícios que promovam o aumento nos níveis de domínios da qualidade de vida, promovendo e preservando as alterações no desempenho motor dos idosos.

Referências

1. Brito MDCC, Freitas CASL, Mesquita KO, Lima GK. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. *Rev Kairós Gerontol* 2013;16(3):161-78.
2. Cabral RWL, Santos SR, Menezes KDNB, Albuquerque AV, Medeiros AL. Fatores sociais e melhoria da qualidade de vida dos idosos: revisão sistemática. *Rev Enferm UFPE* 2013;7(5):1434-42.
3. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD). Brasília: IBGE; 2012.
4. Malta DC, De Moraes Neto OL, da Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol Serv Saude* 2011;20(4):425-38.
5. Leite MT, Dal Pai S, Quintana JDM, Costa MCD. Doenças crônicas não transmissíveis em idosos: saberes e ações de agentes comunitários de saúde. *Rev Pesqui Cuid Fundam* 2015;7(2):2263-76.
6. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
7. Pereira DS, Nogueira JAD, Silva CAB. Quality of life and the health status of elderly persons: a population-based study in the central sertão of Ceará. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2015;18(4):893-908.
8. Nascimento CP, Lago LS, Almeida RFF, Gusmão MFS, Duarte SFP, Reis LA. Desempenho motor em idosos participantes de grupos de convivência. *Fisioter Pesqui* 2015;5(2):93-101.
9. Santos LF, Oliveira LMAC, Barbosa MA, Nunes DP, Brasil V. Qualidade de vida de idosos que participam de grupo de promoção da saúde. *Enfermería Global* 2015; 40(12):12-22.
10. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano YO. Mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr* 1994;52(1):1-7.
11. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MADC. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *Acta Paul Enferm* 2010;23(2):218-23.

12. Queiroz DBB, Araújo CM, Novais MM, Oliveira LC, Andrade LAA, Reis LA. Funcionalidade, aptidão motora e condições de saúde em idosos longevos residentes em domicílio. *Arq Ciênc Saúde* 2016;23(2):47-53.
13. Silva PAB, Soares SM, Santos JFG, Silva LB. Ponto de corte para o WHOQOL-bref como preditor de qualidade de vida de idosos. *Rev Saúde Pública* 2014;48(3):390-7.
14. Leite MT, Winck MT, Hildebrandt LM, Kirchner RM, Silva LAAD. Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2012;15(3):481-92.
15. Virtuoso Júnior JS, Guerra RO. Incapacidade funcional em mulheres idosas de baixa renda. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011;16(5):2541-8.
16. PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Comentários: Indicadores do período de 2004 a 2009. 2010. [citado 2016 Mai 10]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/comentarios2009.pdf>.
17. IBGE. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
18. Pilger C, Menon MH, Freitas MTA. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Rev Latinoam Enferm* 2011;19(5):1230-8.
19. Borges AM, Santos G, Kummer JA, Fior L, Molin VD, Wibeling LM. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2014;17(1):79-86.
20. Castro PMMA, Magalhães AMD, Cruz ALC, Reis NSRD. Testes de equilíbrio e mobilidade funcional na predição e prevenção de riscos de quedas em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2015;18(1):129-40.
21. Lopes GL, Santos MIPO. Funcionalidade de idosos cadastrados em uma unidade da Estratégia Saúde da Família segundo categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2015;18(1):71-83.
22. Dawalibi NW, Anacleto GMC, Witter C, Goulart RMM, Aquino RDCD. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. *Estud Psicol (Campinas)* 2013;30(3):393-403.
23. Costa SM, Leopoldino LOV, Oliveira, IC, Oliveira RMT, Oliveira SA, Sousa MCM. Envelhecimento e qualidade de vida em mulheres e homens idosos de Uberlândia, Minas Gerais. *e-RAC* 2015;5(1).
24. Ascensão MCA. Solidão, depressão e qualidade de vida no idoso: implementação de um programa de intervenção [Tese]. Lisboa: Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa; 2011.
25. Oliveira DV, Bertolini SMMG, Benedeti MR. Avaliação da qualidade de vida de idosos fisicamente ativos por meio do questionário WHOQOL-BREF. *Saúde e Pesquisa* 2012;5(3):547-54.
26. Alegre RSP, Ripka WL, Mascarenhas LPG, Afonso CA. Comparação dos níveis de mobilidade e equilíbrio em idosas praticantes e não praticantes de exercício físico. *Estud Interdiscip Envelhec* 2012;17(2):265-75.
27. Alves ERP, Dias MD, Costa AM, Silva ARS, Silva MM, Seabra RV. Qualidade de vida: percepção de idosos de uma unidade de saúde da família. *Rev Enferm UFSM* 2012;2(3):487-95.
28. Santos KT. Testes de desempenho motor como instrumentos de triagem da fragilidade em idosos [Dissertação]. Jequié: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; 2014.
29. Polidoro ACR, Contencas TS. Treino de equilíbrio em idosos com realidade virtual. *RBM Rev Bras Med* 2015;72(4):153-6.