

Fisioterapia Brasil 2018;19(5Supl):S97-S105

ARTIGO ORIGINAL**Qualidade de vida: atividade física no envelhecimento****Quality of life: physical activity in aging**

Crislainy da Silva Ribeiro*, Mayara Leal Almeida Costa**, Valdete Pereira Melo***, Roberto Alexandre Franken****, Patrícia Martins Montanari*****

Acadêmica do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos - FIP, Patos/PB, **Doutoranda em Ciências da Saúde e Professora Titular do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos - FIP, Patos, *Acadêmica do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos - FIP, Patos, ****Doutor em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Professor Titular da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), *****Doutora em Saúde pública pela Universidade de São Paulo*

Endereço para correspondência: Mayara Leal Almeida Costa, Rua Cícero Sátiro, 10 Belo Horizonte 58704-340 Patos PB, E-mail: mayleal@gmail.com

Resumo

A atenção à saúde no envelhecimento tem aumentado nas últimas décadas. Os Grupos de Promoção à Saúde (GPS) do idoso tem fundamental importância na melhora da qualidade de vida (QV). Objetivou-se nesta pesquisa comparar a QV de idosos participantes de GPS, entre as zonas Leste e Oeste da cidade de Patos/PB. É uma pesquisa de campo, transversal e quantitativa. Participaram da pesquisa 50 idosos, sendo 25 idosos de cada zona. Os idosos foram selecionados por conveniência e acessibilidade. Os instrumentos utilizados foram o formulário biodemográfico e o WHOQOL-BREF. Obteve-se um resultado com diferença evidente na QV Total entre os dois grupos, onde a zona Leste apresentou pontuação de 69,10 e a zona Oeste pontuou 79,56, o que significa que a QV apresenta-se maior nos indivíduos idosos pertencentes à zona Oeste. Desta forma conclui-se que a QV dos idosos participantes de GPS da zona Oeste é melhor que a QV de idosos participantes de GPS da zona Leste, sendo aceita estatisticamente a proposta pela pesquisa.

Palavras-chave: idosos, qualidade de vida, grupos, promoção à saúde.

Abstract

Health care in aging has increased in recent decades. The Health Promotion Groups (GPS) of the elderly have fundamental importance in improving the quality of life (QoL). The objective of this study was to compare the QoL of elderly participants of GPS, between the East and West zones of the city of Patos/PB. It is a cross-sectional and quantitative field research. Fifty elderly people participated in the study, 25 elderly in each area. The elderly were selected for convenience and accessibility. The instruments used were the biodemographic form and the WHOQOL-BREF. For statistical analysis, the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS - version 21.0) was used. A result with a clear difference in total QoL was obtained between the two groups, where the East zone presented a score of 69.10 and the West zone scored 79.56, which means that the QoL is higher in the elderly individuals belonging to the West Zone. In this way it is concluded that the QoL of the elderly participants of GPS of the West zone is better than the QoL of elderly participants of GPS of the East zone, being accepted statistically the purpose for the research.

Key-words: elderly, quality of life, groups, health promotion.

Introdução

Nos países em desenvolvimento é observado um envelhecimento populacional acelerado, com um aumento da população idosa maior do que nos países desenvolvidos [1].

O processo de envelhecimento, que nos países desenvolvidos ocorre de forma evolutiva e acompanhado de melhorias no sistema de saúde, nas condições de habitação, saneamento básico, trabalho e alimentação, no Brasil ocorre velozmente e em uma conjun-

com desigualdades sociais, economia frágil, crescentes níveis de pobreza, com insatisfatório acesso aos serviços de saúde e recursos financeiros diminuídos [2,3].

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo individual, cultural e social influenciado pela interdependência de vidas, que envolve ganhos e perdas, não podendo ser deste modo avaliado apenas pela idade, mas sim a partir de um ponto de vista biológico, psicológico e social [2,3]. A investigação dos fatores que possibilitam uma boa qualidade de vida (QV) na velhice, bem como das variações que esse estado comporta, apresenta-se de grande importância científica e social [4].

Segundo Guccione [5], a falta de atividade física na vida do idoso tende a diminuir a sua função física, fazendo com que a capacidade de desenvolver atividades de vida diária seja prejudicada, pois junto a isso há um déficit no equilíbrio, resistência e aumento da fraqueza muscular, tornando-o susceptível a quedas e outros agravos. A limitação da capacidade de realizar atividades básicas se dá também pelas alterações fisiológicas que a idade proporciona, modificando a composição corpórea do indivíduo, dessa forma aumentando a predisposição de desenvolvimento de doenças crônicas.

Na revisão de Néri e Cachioni [6] são exibidas classificações acerca de padrões de velhice e admite-se que nenhuma é isenta de limitações e confusões. A primeira delas considera velhice normal aquela que se observa perdas e alterações biológicas, psicológicas e sociais próprias à velhice, mas sem patologias; velhice ótima seria aquela com possibilidade de equilibrar um padrão comparável ao de indivíduos mais jovens; e velhice patológica corresponderia à presença de síndromes típicas da velhice ou do agravamento de doenças preexistentes.

O Ministério da Saúde [7] dá prioridade as políticas de promoção à saúde na Atenção Básica à Saúde como objeto importante na melhoria da QV dos indivíduos por meio de ações educativas, sempre com a intenção de proporcionar um envelhecimento saudável e uma maior expectativa de vida.

Os grupos de promoção à saúde (GPS) podem ser descritos como organizações formadas que buscam o incentivo da autonomia e melhoria das condições de QV e saúde. O aprendizado nesses grupos é realizado por facilitações que propõem mudanças de comportamentos voltados à saúde. De forma contínua, os objetivos são elaborados sempre com a ideia de intensificar as capacidades preexistentes do indivíduo, fazendo com que ele consiga enfrentar suas condições negativas [8].

Partindo do pressuposto que a participação da população idosa em GPS, ofertados pelas Equipes que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) traz benefícios para a mesma, que a sua aplicabilidade proporciona maior QV para seus participantes e tendo em vista que, a UBS da zona Oeste oferta atividades em grupos 5 dias por semana em dois turnos diferentes (manhã e tarde), enquanto que a zona Leste só oferece atividades 2 dias por semana e só no turno da manhã, surgiu a seguinte problematização: Qual o nível da qualidade de vida de idosos participantes de grupos de promoção à saúde, comparando entre as zonas Leste e Oeste da cidade de Patos/PB?

Nessa visão, o objetivo geral desse estudo foi comparar os níveis de QV dos idosos participantes de GPS entre as zonas Leste e Oeste da cidade de Patos – PB.

Material e métodos

O presente estudo é uma pesquisa aplicada, exploratória e descritiva, de campo, com abordagem quantitativa e do tipo analítica transversal. A coleta de dados foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2017 após ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos (CAAE: 56586116.7.0000.5181; Nº: 1.896.763).

O universo da pesquisa é formado por 50 idosos que utilizam-se dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Patos – PB, que são participantes de GPS do Idoso, ligados às UBS, sendo 25 idosos de cada área, a partir de uma subdivisão em zonas (Leste e Oeste). Os idosos foram selecionados por conveniência e acessibilidade.

Foram incluídos no estudo pessoas que apresentam idade igual ou acima de 65 anos, que estivessem mentalmente orientados e fossem capazes de se comunicar verbalmente, além de serem usuários do sistema de APS, participar do grupo de promoção à saúde há no mínimo seis meses e frequentar com regularidade as atividades, estar cadastrado em uma das Unidades Básicas de Saúde selecionadas; aceitar participar do estudo por espontânea vontade e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Quanto as UBS, tiveram que estar em funcionamento há mais de um ano.

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados: formulário biodemográfico, que contém questões focadas sobre o entrevistado e o formulário para avaliação da QV: WHOQOL-BREF.

O módulo WHOQOL-BREF é composto por 26 perguntas objetivas utilizando a Escala de Likert, que varia de 1 a 5, e nesta quanto maior o valor, melhor se apresenta a QV do indivíduo entrevistado. As questões 1 e 2 são sobre QV geral, sendo as outras 24 questões divididas em 4 domínios: físico; psicológico; relações sociais e meio ambiente. Os escores finais dos domínios são convertidos para uma escala de 0-100 para melhor pontuação e entendimento [9].

Para realização da análise estatística e elaboração do banco de dados dos dois formulários, foi utilizado o Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS – versão 21.0) para Windows e a Sintaxe do WHOQOL-BREF.

Nos resultados deste estudo foi utilizado recurso estatístico descritivo, através de análise das frequências simples e percentuais [10]. Também foram realizadas análises inferenciais (Test-T Student) com um nível de significância de $p \leq 0,05$ para avaliar se há uma significância entre as médias.

Após a finalização estatística dos dados, os mesmos foram colocados em forma de tabelas e gráficos, através dos programas Microsoft versão 2010 do Word e Excel.

Resultados

Após a apresentação da pesquisa e do método utilizado, pôde-se observar os resultados em relação à QV de idosos ativos em GPS das zonas Leste e Oeste da cidade de Patos/PB.

Caracterização da amostra – Formulário Biodemográfico

A amostra foi composta por 50 idosos residentes nas zonas Leste e Oeste da cidade de Patos/PB, sendo 25 idosos de cada zona, todos participavam dos GPS ofertados pelas UBS. A Tabela I caracteriza a amostra e foi adquirida através das respostas do questionário biodemográfico.

Tabela I - Caracterização da amostra (N=50).

Variáveis	Níveis	Frequência (F)			Porcentagem (%)		
		Zona Leste	Zona Oeste	Total	Zona Leste	Zona Oeste	Total
Idosos		25	25	50	50,0	50,0	100,0
Sexo	Masculino	9	8	17	36,0	32,0	34,0
	Feminino	16	17	33	64,0	68,0	66,0
Faixa Etária	65 – 69	13	17	30	52,0	68,0	60,0
	70 – 74	5	4	9	20,0	16,0	18,0
	75 – 79	3	4	7	12,0	16,0	14,0
	Acima de 80	4	0	4	16,0	0,0	8,0
Sit. Conjugal	Solteiro	2	2	4	8,0	8,0	8,0
	Casado	15	14	29	60,0	56,0	58,0
	Viúvo	5	7	12	20,0	28,0	24,0
	Separado	3	2	5	12,0	8,0	10,0
Escolaridade	Não tem estudos	9	1	10	36,0	4,0	20,0
	Ens. Fund.	11	14	25	44,0	56,0	50,0
	Ens. Med.	5	6	11	20,0	24,0	22,0
	Ens. Sup.	0	4	4	0,0	16,0	8,0
Mora com	Filhos	7	7	14	28,0	28,0	28,0
	Companheiro	12	8	20	48,0	32,0	40,0
	Sozinho	2	5	7	8,0	20,0	14,0
	Filhos e Comp.	0	5	5	0,0	20,0	10,0
Aposentado	Sim	23	20	43	92,0	80,0	86,0
	Não	2	5	7	8,0	20,0	14,0

Dados da pesquisa, 2017.

A devida amostra, previamente dividida em zona Leste – 50% dos participantes e zona Oeste – 50% dos participantes, apresenta em sua totalidade a predominância do sexo feminino 66% e idade média de 69,4 (DP=4,39), sendo a idade mínima de 65 anos e a máxima de 80 anos. Mas, a maior parte da amostra é composta por idosos com faixa etária entre 65-69 anos, correspondente a 60,0% e 18,0% têm entre 70-74 anos. Os idosos da zona Oeste revelaram maior média de idade (M=71,6) se comparada a zona Leste (M=68,8). Dos 50 idosos, 58% são casados e 24,0% são viúvos, onde 40% deles moram apenas com o(a) companheiro(a) e 28,0% moram somente com os filhos. Corresponde a 10,0% o número de idosos que moram com os filhos e companheiros e 10% moram sozinhos. Quanto aos estudos, 50,0% dos idosos possui o ensino fundamental, porém 20,0% deles não possui estudo algum e apenas quatro idosos concluíram o ensino superior. Dos indivíduos da pesquisa, 86,0% deles recebem aposentadoria.

Dos 25 idosos que compõem a zona Leste, 64% são mulheres e 36% são homens; já a zona Oeste é composta por 68% de mulheres e 32% de homens, totalizando na amostra 66% de indivíduos do sexo feminino e 34% do sexo masculino, comprovando outros diversos estudos onde a participação de idosos em GPS é maior.

Em relação aos 50 indivíduos que compõem o estudo, é importante ressaltar que os GPS encontrados na pesquisa foram dois: Grupo de Idosos da Academia da Saúde do Bairro da Maternidade e Grupo de Idosos da Academia de Saúde do Bairro São Sebastião. Ambos os GPS são ofertados por UBS e trabalham com palestras educativas, atividades aeróbicas e exercícios de alongamento, dança, caminhada e corrida leve.

Avaliação da Qualidade de Vida – WHOQOL-BREF

Os escores da versão abreviada do WHOQOL-100 resultam na avaliação de 5 possíveis respostas para as 26 questões do formulário: as duas primeiras facetas são de QV geral e satisfação com a saúde, à questão 1, de grande importância para o estudo, será mostrada separadamente e em seguida unida; as outras 24 facetas se dividem em 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Cada um desses domínios deve ser avaliado de forma independente, através da escala de Likert que possui valores de 1 a 5, sendo que quanto mais próximo de 5 melhor a QV do indivíduo.

A questão 1 (Q1) trata da QV do indivíduo e é considerada uma questão importante para o estudo, os idosos da pesquisa responderam de forma subjetiva e generalizada sobre como avistam a própria QV. O resultado está sendo apresentado na Tabela II.

Tabela II - Dados referentes ao Teste-T de Student da questão Q1 do formulário WHOQOL-BREF (Médias de 1 a 5).

Questão	Zonas	N	Média	DP	Valor de p*
Como você avaliaria sua qualidade de vida? (Q1)	Leste	25	3,40	0,91	0,041
	Oeste	25	4,08	0,70	

N = número da amostra; DP = Desvio Padrão; *Teste T de Student, nível de significância $p \geq 0,05$; Dados da pesquisa, 2017.

A diferença de médias é evidente entre os dois grupos, onde a zona Leste apresentou pontuação 3,40 (DP=0,91) e a zona Oeste pontuou 4,08 (DP=0,70), o que significa dizer que, quando questionada de forma direta e respondida subjetivamente, a QV apresenta-se melhor nos indivíduos idosos pertencentes à zona Oeste da cidade de Patos/PB.

A Tabela III aponta todas as questões do formulário WHOQOL-BREF, suas médias e seus níveis de significância (p).

Tabela III - Médias e Nível de significância por questão do Formulário WHOQOL-BREF.

Questão	Média Leste/Oeste	Nível de Significância (p)	Questão	Média Leste/Oeste	Nível de Significância (p)
Q1	3,40/4,08	0,005*	Q14	3,84/3,96	0,537
Q2	3,20/3,92	0,000*	Q15	4,12/4,32	0,302
Q3	3,76/3,44	0,415	Q16	3,28/4,04	0,011*
Q4	3,56/3,40	0,703	Q17	3,76/4,16	0,070
Q5	3,24/3,72	0,055*	Q18	2,88/3,92	0,001*
Q6	3,76/4,12	0,121	Q19	3,80/4,28	0,028*
Q7	3,68/4,32	0,005*	Q20	3,92/4,24	0,089
Q8	3,72/4,00	0,278	Q21	2,28/3,12	0,041*
Q9	3,48/3,92	0,119	Q22	3,52/4,20	0,010*
Q10	3,28/3,92	0,047*	Q23	3,56/4,44	0,000*
Q11	4,04/4,44	0,066	Q24	3,00/4,16	0,000*
Q12	2,72/3,48	0,018*	Q25	3,52/4,40	0,000*
Q13	2,92/3,88	0,000*	Q26	3,60/3,56	0,922

*Níveis de significância ($p \geq 0,05$); Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

A maior parte das médias das questões do formulário WHOQOL-BREF foram maiores para os idosos da zona Oeste. A maioria das questões apresentaram $p \geq 0,05$ para o Teste T de Student, apresentando resultados estatisticamente significantes para o estudo. Porém, as questões Q3, Q4, Q6, Q8, Q9, Q11, Q14, Q15, Q17, Q20 e Q26 obtiveram nível de significância $p \geq 0,05$ para o Teste T de Student e estas não possuem relevância para o estudo, boa parte destas questões pertencem ao Domínio Físico (Q3, Q4, Q15, Q16, Q17) e tais resultados podem ser explicados devido a todos os idosos participantes deste estudo serem idosos ativos, o que faz com que a qualidade de vida nas duas zonas (Leste e Oeste) apresentem resultados equilibrados (TABELA III).

A Tabela IV apresenta as médias de todos os domínios dos 50 idosos que participaram do estudo (domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e autoavaliação da QV. Quanto mais próximo de 20, melhor a QV do indivíduo segundo o instrumento WHOQOL-BREF.

Tabela IV - Dados referentes aos domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e a apresentação da QV Total das zonas Leste e Oeste.

Domínio	Zona Leste (n=25) M \pm DP	Zona Oeste (n=25) M \pm DP
Físico	63,00 \pm 15,32	72,14 \pm 17,88
Psicológico	67,16 \pm 15,83	76,83 \pm 13,82
Relações Sociais	56,00 \pm 20,48	71,33 \pm 17,69
Meio Ambiente	58,62 \pm 12,68	75,75 \pm 11,38
QV Total	69,10 \pm 10,51	79,56 \pm 10,47

Dados da pesquisa, 2017.

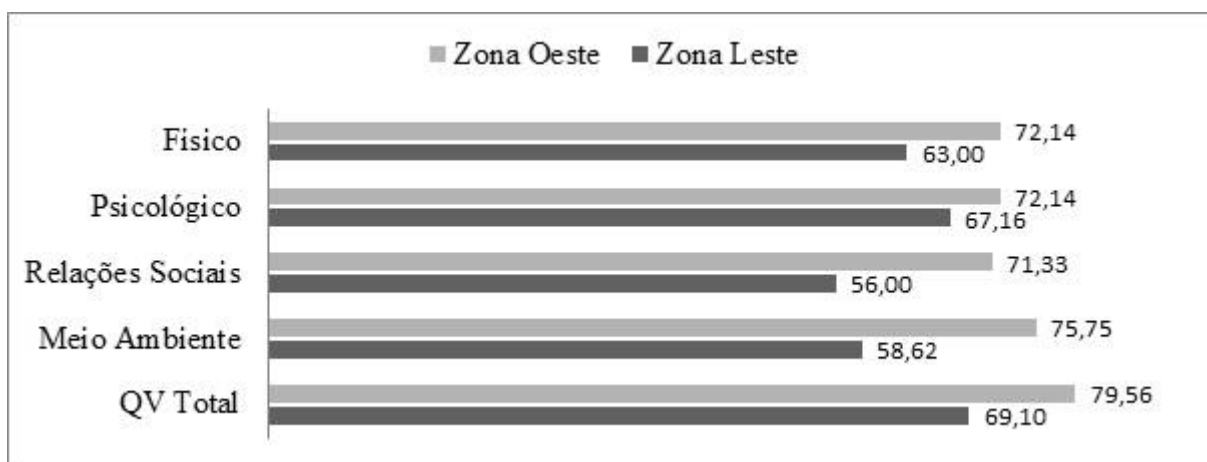
Todos os domínios da zona Oeste apresentaram maiores médias se comparados a zona Leste, inclusive a QV Total também obteve média maior na zona Oeste (79,56 \pm 10,47) em relação a zona Leste (69,10 \pm 10,51). Para os indivíduos da zona Leste, os domínios que mais pontuaram foram o Psicológico (67,16 \pm 15,83) e Físico (63,00 \pm 15,32). O que obteve menor pontuação nesta zona foi o Domínio de Relações Sociais (56,00 \pm 20,48). Já a zona Oeste, as maiores médias foram nos domínios Psicológico (76,83 \pm 13,82) e Meio Ambiente (75,75 \pm 11,38), sendo a menor média também no domínio de Relações Sociais (71,33 \pm 17,69).

De acordo com a análise dos dados estatísticos, é notável a diferença entre os zonas estudadas. O Domínio Físico é formado pelas questões: Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17 e Q18. Todas as facetas deste domínio passaram individualmente pelo Teste-T de Student de amostras independentes para avaliação do nível de significância entre as variáveis e o resultado obteve o valor de $p > 0,05$ (0,058), apontando, portanto, irrelevância quanto às diferenças entre os idosos pertencentes às duas zonas. A média do domínio físico expõe semelhança entre os idosos, esse fato pode ser explicado por se tratar de um estudo que só utiliza indivíduos ativos e conseqüentemente ambas as circunstâncias apresentam manutenção de habilidades físicas, feitas através de GPS, que através das atividades realizadas nos grupos

apresentam melhora de suas capacidades físicas, independência e autonomia para executarem as atividades de vida diária, sendo já esperado um resultado equilibrado para as variáveis deste domínio.

A zona Oeste apresentou média maior do que a zona Leste em todos os domínios, como exposto na Tabela 5. O Domínio Psicológico é formado pelas questões: Q5, Q6, Q7, Q11, Q19 e Q26. Já o Domínio das Relações Sociais é composto pelas facetas: Q20, Q21 e Q22. E o Domínio Meio Ambiente por: Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24 e Q25. As questões do Domínio Psicológico, Domínio das Relações Sociais e Domínio do Meio Ambiente passaram individualmente pelo Teste-T de Student de amostras independentes, sendo assim avaliadas quanto ao nível de significância entre as variáveis e todas obtiveram o valor de $p \geq 0,05$ (Domínio Psicológico: 0,026; Domínio das Relações Sociais: 0,007; Domínio do Meio Ambiente: 0,001), mostrando-se relevantes as diferenças entre as zonas estudadas.

Para melhor visualização e entendimento dos resultados atingidos nos domínios do formulário WHOQOL-BREF, os escores foram alterados para uma escala de 0 a 100, colaborando para uma melhor verificação de seus valores. Além dos domínios, o valor da QV Total também pode ser melhor observado, como mostra o Gráfico I.



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Gráfico I - Resultado dos domínios e QV Total do instrumento WHOQOL-BREF reajustado numa escala de 0 a 100.

Todos os domínios apresentaram pontuação maior para a zona Oeste na escala modificada de 0 a 100, bem como a QV Total.

A QV Total dos indivíduos corresponde a um aspecto de extrema importância para este estudo, tendo em vista que é à base da pesquisa. O resultado obtido foi bastante esclarecedor e comprova a hipótese de que os idosos que residem na zona Oeste tem uma melhor qualidade de vida total em relação aos idosos que residem na zona Leste, este resultado pode ser explicado pelo fato da UBS da zona Oeste ofertar atividades físicas de segunda à sexta-feira, tanto no período da manhã quanto no período da tarde, já à UBS da zona Leste só oferece atividades em grupos para os idosos dois dias por semana (segunda e quarta-feira) e só no horário da manhã. A pontuação da "QV Total" para as zonas foi: Oeste (79,56) e Leste (69,10).

Discussão

Fatores como idade, sexo, nível baixo de escolaridade e não ter companheiro estão associados aos baixos níveis de QV [11]. Desta forma, este estudo, optou por analisar as variáveis sociodemográficas sexo, idade, escolaridade, estado civil e renda (aposentadoria).

O predomínio de idosos pertencentes ao sexo feminino tem sido atribuído à menor exposição a alguns fatores de risco, tais como menor prevalência de tabagismo e uso de álcool, e diferença quanto à atitude em relação a doenças e incapacidades [12]. O presente estudo mostra que 66% dos idosos participantes desta pesquisa são do sexo feminino. Isso se dá, segundo Pinheiro *et al.* [13], pelo fato de mulheres se preocuparem mais com sua saúde que os homens, procurando atendimentos e formas de prevenir doenças.

Segundo García *et al.* [14], a idade avançada esteve associada a piores níveis de QV relacionada à saúde. Em nosso estudo, uma possível hipótese explicativa para o fato de não se observar grande influência da idade na QV, pode ser porque apenas 8,0% dos idosos tinham idade superior a 80 anos, ou seja, uma pequena parcela tinha idade mais avançada.

Quanto ao índice de escolaridade, 50,0% dos idosos participantes deste estudo possuem o Ensino Fundamental e apenas 20,0% são analfabetos; o que contradiz a pesquisa realizada no Nordeste do Brasil, na qual foram apresentadas taxas elevadas de analfabetismo entre os idosos; aproximadamente 65 em cada 100 idosos não sabiam ler e escrever [15].

Dos 50 entrevistados do presente estudo, 58,0% deles são casados e 24,0% são viúvos, concordando com a pesquisa de Braz, Zaia e Bittar [16] onde também a maior parte, 63,3% dos indivíduos idosos eram casados e apenas 33,3% eram viúvos.

Em relação ao rendimento mensal, 86,0% possuem renda mensal igual ou menor a 1 Salário Mínimo (SM). No Brasil, em 2003, 43,8% dos idosos possuíam rendimento menor a 1 SM [17]. É consenso que a produtividade e a empregabilidade diminuem com a idade. Além disso, a aposentadoria também passa a desempenhar papel importante na renda do idoso [18]. Daí encontramos um alto percentual de idosos vivendo com 1 SM, que é o valor de aposentadoria mais frequentemente pago aos idosos brasileiros.

Em relação aos escores de QV, eles são uma escala positiva (quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida) e não existem pontos de corte que determinem um escore abaixo ou acima do qual se possa avaliar a QV como "ruim" ou "boa" [19].

Os resultados deste estudo indicam que os idosos, tanto da zona Leste quanto da zona Oeste, apresentaram bons escores de QV para os domínios do WHOQOL-BREF, mas nenhum apresentou à pontuação máxima quando comparados aos escores para cada domínio e às médias encontradas para os diferentes domínios da QV na população estudada.

Segundo a OMS [20], o ambiente físico em que o idoso se encontra pode determinar a dependência ou não do indivíduo, o que vem a influenciar na QV. Castellón & Pino [21] ressaltam que os idosos com limitações em seu ambiente físico têm 5 vezes mais chances de sofrer depressão, e, de acordo com O'Shea [22], a moradia e o ambiente físico adequados têm influência positiva na QV do idoso.

Esta pesquisa concorda com a revisão literária feita por Mittelmann [23], que constatou de forma consensual na literatura a relação da prática de exercícios físicos e suas vantagens para a saúde psicológica do idoso, propondo o estímulo por meio de GPS.

Ainda conforme os aspectos psicológicos e sociais do presente estudo, referencia-se Wichmann *et al.* [24], que avaliaram de forma qualitativa idosos que faziam parte de grupos ou centros de convivências, chegando a conclusão em seu estudo que a importância da participação de idosos em GPS é de fundamental importância, pois os englobam de maneira social, os afastando do isolamento e de estados depressivos.

Coelho [25], em seu estudo, percebeu diferenças estatísticas nos domínios físico e psicológico que se mostraram superiores. Porém, nos domínios social e meio ambiente, as diferenças não foram significantes, o que contradiz o presente estudo que não apresentou grande significância no domínio físico, e tal resultado pode ser explicado pelo fato de todos os participantes deste estudo serem idosos ativos e não sedentários, desta forma o resultado equilibrado já era esperado. Porém o domínio de meio ambiente apresentou grande diferença entre as zonas Leste e Oeste.

Como destaca Néri [26], quanto mais o idoso for ativo, maior será sua satisfação com a vida e, conseqüentemente, melhor sua QV. Isso é um fato importante que pôde ser observado nesta pesquisa, onde foi observado que a zona Oeste por oferecer 5 dias semanais de atividades em relação a zona Leste que só oferece 2 dias semanais, apresentou uma QV subjetiva mais elevada.

Conclusão

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, conclui-se que a QV dos idosos participantes de GPS da zona Oeste é maior que a QV de idosos participantes de GPS da zona Leste, sendo aceita estatisticamente a proposta pela pesquisa. Pôde-se ainda compreender a importância que os GPS representam na melhoria e manutenção da QV de idosos que participam das atividades propostas dos grupos, proporcionando a eles uma significativa mudança dos hábitos e estilo de vida.

A participação em GPS faz com que os idosos se sintam incluídos e importantes para a sociedade, enchendo-os de sentimentos positivos em relação ao envelhecimento de forma

saúdavel e provocando um bem-estar psicológico, afastando-o de possíveis problemas mentais. Com sentimentos positivos, os idosos podem interagir com o meio ambiente onde vivem de forma mais ativa, percebendo os fatores ambientais como responsabilidade social individual e com atitudes mais conscientes sobre como podem ajudar a mudar o meio em que vivem.

Os resultados obtidos neste estudo estão em concordância com a literatura e se utilizam dela para seu embasamento teórico, salientando sua relevância e evidenciando sua importância acadêmica e social para que a partir deste, outros estudos possam ser realizados.

Referências

1. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Washington: OPS; 1994.
2. Faleiros VP, Loureiro AML. (orgs). Desafios do envelhecimento: vez, sentido e voz. Brasília: Editora Universa UCB; 2006.
3. Guimarães RM. O envelhecimento: um processo pessoal? In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Gerontologia e Geriatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 83-7.
4. Neri AL. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: Neri AL. (Org.). Qualidade de vida e idade madura. São Paulo: Papirus; 1993. p. 9-57.
5. Guccione, A. Fisioterapia Geriátrica. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
6. Néri AL, Cachioni M. Velhice bem-sucedida e educação. In: Néri AL, Debert GG, eds. Velhice e sociedade. São Paulo: Papirus; 1999. p.113-40.
7. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília; 2006.
8. Santos LM, Da Ros MA, Crepaldi MA, Ramos LR. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. Rev Saúde Pública 2006;40(2):346-352.
9. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-BREF". Porto Alegre, Rev Saúde Pública 2000;2(34):178-83.
10. Levin, J. Estatística aplicada a ciências humanas. 2. ed. São Paulo: Harbra; 1987.
11. Carneiro RS, Falcone E, Clark C, Del Prette Z, Del Prette A. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. Psicol Reflex Crít 2007;20(2):27-35.
12. Reis LA, Mascarenhas CHM, Costa AN, Lessa RS. Estudo das condições de saúde de idosos em tratamento no setor de neurogeriatria da Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Rev Baiana Saúde Pública 2007;31(2):324-32.
13. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Revista Ciências da Saúde Coletiva 2002;7(4):687-707.
14. Garcia EL, Banegas JRB, Perez-Regadera AG, Cabrera RH, Rodriguez-Artalejo F. Social network and health related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. Qual Life Res 2005;14(2):511-20.
15. Garcia RA, Carvalho JAM. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad Saúde Pública 2003;19(3):725-33.
16. Braz IA, Zaia JE, Bittar CML. Percepção da qualidade de vida de idosas participantes e não participantes de um grupo de convivência da terceira idade de Catanduva (SP). Revista Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento 2015;20(2):583-96.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais 2004. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
18. Paes de Barros R, Mendonça R, Santos D. Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil. Rio de Janeiro: IPEA; 1999. (Texto para Discussão nº 686.)
19. Lima AFBS. Qualidade de vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
20. Organización Mundial de la Salud. Salud y envejecimiento: un documento para el debate. Versión preliminar. 2001;4:40. (Boletín sobre el Envejecimiento: Perfiles y Tendencias.)

21. Del Pino ACS. Calidad de vida en la atención al mayor. *Rev Mult Gerontol* 2003;13(3):188-92.
22. O'Shea E. La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. 2003;6:34. (Boletín sobre el Envejecimiento: Perfiles y Tendencias)
23. Mittelmann C. Efeitos da atividade física na saúde mental do idoso: estudo de revisão de artigos científicos. [Monografia] Porto Alegre: Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
24. Wichmann FMA, Couto AN, Areosa SVC, Montañés MCM. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2013;16(4):821-32.
25. Coelho AR. Contribuição de um programa de saúde da terceira idade na promoção de saúde e qualidade de vida. 2012. 106 f. [Dissertação]. Franca/SP: Programa de Mestrado em Promoção de Saúde, Universidade de Franca; 2012.
26. Neri AL. Qualidade de vida e idade madura. Campinas: Papirus; 1993.