



**LÍDIA NUNES NÓRA DE SOUZA**

**DETERMINANTES DA QUALIDADE DE VIDA E DA SATISFAÇÃO COM A VIDA  
EM IDOSOS FÍSICAMENTE ATIVOS NA VELHICE AVANÇADA**

Juiz de Fora

2019

**LÍDIA NUNES NÓRA DE SOUZA**

**DETERMINANTES DA QUALIDADE DE VIDA E DA SATISFAÇÃO COM A VIDA  
EM IDOSOS FÍSICAMENTE ATIVOS NA VELHICE AVANÇADA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física, da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), em parceria com a Universidade Federal de Viçosa (UFV), como requisito para a obtenção do título de Mestre em Educação Física. Área de concentração: Atividade Física e Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Elisa Caputo Ferreira

Coorientador: Prof. Dr. Pedro Henrique Berbert de Carvalho

Juiz de Fora

2019

Souza, Lídia Nunes Nóra de.

Determinantes da qualidade de vida e da satisfação com a vida em idosos fisicamente ativos na velhice avançada / Lídia Nunes Nóra de Souza. -- 2019.

241 f. : il.

Orientadora: Maria Elisa Caputo Ferreira

Coorientador: Pedro Henrique Berbert de Carvalho

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Universidade Federal de Viçosa, Faculdade de Educação Física. Programa de Pós-Graduação em Educação Física, 2019.

1. Qualidade de vida. 2. Bem-estar subjetivo. 3. Exercício físico. 4. Idosos. I. Ferreira, Maria Elisa Caputo, orient. II. Carvalho, Pedro Henrique Berbert de, coorient. III. Título.

**LÍDIA NUNES NÓRA DE SOUZA**

**DETERMINANTES DA QUALIDADE DE VIDA E DA SATISFAÇÃO COM A VIDA  
EM IDOSOS FISICAMENTE ATIVOS NA VELHICE AVANÇADA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física, da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), em parceria com a Universidade Federal de Viçosa (UFV), como requisito para a obtenção do título de Mestre em Educação Física. Área de concentração: Atividade Física e Saúde.

Apresentada em 10 de junho de 2019.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fabiane Frota da Rocha Morgado  
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Clara Mockdece Neves  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Elisa Caputo Ferreira  
Universidade Federal de Juiz de Fora

A Deus, pois, sem seu amor e sua misericórdia, este sonho não teria se concretizado.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, por todas as bênçãos que me foram concedidas, pelos ensinamentos, que me fizeram amadurecer, e pelos momentos de reflexão que mudaram minha maneira de enxergar a vida.

Aos meus pais, Jorge e Vânia, que me apoiaram e incentivaram nesta etapa. Obrigada pelo amor incondicional e por me inspirarem a buscar sempre o melhor de mim e do mundo.

Ao meu irmão Lucas, pelo privilégio da partilha de fases importantes de nossas vidas.

À minha amiga Sandrinha, por me mostrar que tudo é possível. Agradeço pelas orações, por muitas vezes me ouvir, me aconselhar e contribuir para que este e muitos outros projetos e sonhos se concretizem.

Ao meu namorado Murilo, pela paciência, incentivo e compreensão em todos os momentos.

À minha Orientadora, Professora Dr<sup>a</sup>. Maria Elisa Caputo Ferreira, minha gratidão por ter-me acolhido todos esses anos e pelo exemplo de profissional e de ser humano. Agradeço, imensamente, pela confiança, pela dedicação e por todo aprendizado.

Ao amigo e Coorientador, Professor Dr. Pedro Henrique Berbert de Carvalho, por todo seu carinho e ajuda nesta caminhada. Sou grata pelos conhecimentos transmitidos e pelas vezes que ficou em silêncio, que foram fundamentais para o desenvolvimento desta dissertação.

À Professora Dr<sup>a</sup>. Clara Mockdece Neves, por ter-me acolhido, calorosamente, em sua casa e por toda ajuda prestada.

À Professora Dr<sup>a</sup>. Fabiane Frota da Rocha Morgado, que tão prontamente aceitou meu convite para participar da minha defesa.

A todas as instituições e profissionais, por me receberem cordialmente e por terem proporcionado a realização desta pesquisa.

Aos idosos, que, por alguns instantes, abriram suas vidas para que suas experiências se tornassem grandes ensinamentos.

Aos integrantes do Laboratório de Estudos do Corpo (LABESC), pelo apoio, convivência e troca de conhecimento. Em especial, agradeço:

A Habbiba, por compartilhar comigo sua calma e uma enorme bondade. Seu apoio nas coletas de dados e sua colaboração foram valiosos para todo o trabalho.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Educação Física – UFJF/UFV, pelos ricos ensinamentos que fizeram com que esta dissertação se tornasse realidade.

Ao secretário Roberto, por seu exemplo de profissionalismo e por toda atenção dada às nossas necessidades.

À Leila, pela sua paciência e atenção para a correção deste trabalho.

Muitíssimo obrigada a todos, que, de alguma forma, seja com orações, seja com um sorriso ou um gesto, acreditaram em mim e colaboraram para a realização desta pesquisa.

“Não importa se a estação do ano muda...  
Se o século vira, se o milênio é outro.  
Se a idade aumenta...  
Conserva a vontade de viver,  
Não se chega a parte alguma sem ela.”

Fernando Pessoa



## RESUMO

**Introdução:** O mundo está vivenciando uma mudança no perfil demográfico, e a população está alcançando idades mais avançadas. Nesse novo contexto, criam-se novas perspectivas e necessidades. Diante dessa realidade, é cada vez mais presente a procura por exercícios físicos para manter uma vida saudável. Assim, os estudos que investigam a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo, especialmente em idosos com idade avançada, podem contribuir para uma velhice bem-sucedida. **Objetivo:** Avaliar os determinantes de qualidade de vida e da satisfação com a vida de idosos fisicamente ativos. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de natureza quantitativa. Esta pesquisa foi desenvolvida com 375 idosos, com idade média de 78,35 anos ( $\pm 3,23$ ), residentes da cidade de Juiz de Fora, MG. Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado um questionário sociodemográfico, um questionário de avaliação da qualidade de vida (*36-Item Short Form Survey – SF-36*) e uma medida de avaliação do bem-estar subjetivo (*Life Satisfaction Index for the Third Age – LSITA*). Para análise dos dados, foram realizadas: análises descritivas, análises de correspondência múltipla (associação) e regressão linear múltipla (estimar variáveis determinantes). **Resultados:** Entre as variáveis investigadas verificou-se que a qualidade de vida e a satisfação com a vida de idosos velhos fisicamente se associam com diversas variáveis (sociodemográficas, de saúde, de exercícios físicos e de limitação e dor). Entre estas variáveis, as determinantes para qualidade de vida desta população são: quantidade de doença, quantidade de dores, quantidade de tarefas com dificuldades de execução e exercício aeróbico. Já para satisfação com a vida os determinantes são a quantidade de doenças e quantidade de tarefas com dificuldades de execução. **Considerações Finais:** Espera-se que este estudo contribua de forma a ampliar o conhecimento da temática do envelhecimento para os diversos profissionais que lidam, diretamente, com o público idoso. Além disso, acredita-se que novas políticas públicas e ações possam surgir com intuito de beneficiar a qualidade de vida dessa população, objetivando uma velhice bem-sucedida.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida. Bem-estar subjetivo. Exercício físico. Idosos.

## ABSTRACT

**Introduction:** The world is experiencing a change in the demographic profile and the population is reaching more advanced ages. In this new context, new perspectives and needs are created. Faced with this reality, the search for physical exercise to maintain a healthy life is increasingly present. Therefore, studies that investigate quality of life and subjective well-being, especially in the elderly, can contribute to a successful old age. **Objective:** To evaluate the determinants of quality of life and satisfaction with life of physically active elderly. **Methods:** This is a cross-sectional, descriptive, quantitative study. This research was developed with 375 elderly, with a mean age of 78.35 years ( $\pm 3.23$ ), resident of the city of Juiz de Fora, MG. As a data collection instrument, a sociodemographic questionnaire was used, a questionnaire to evaluate the quality of life (36 Item Short Form Survey - SF-36) and a measure of subjective well-being (Life Satisfaction Index for the Third Age - LSITA). To analyze the data, descriptive analyzes, multiple correspondence (association) and multiple linear regression analysis were performed (estimating determinant variables). **Results:** Among the variables investigated, the quality of life and satisfaction with the life of the elderly were physically associated with several variables (sociodemographic, health, physical exercise and limitation and pain). Among these variables, the determinants for quality of life of this population are: amount of disease, amount of pain, quantity of tasks with difficulties of execution and aerobic exercise. For life satisfaction, the determinants are the quantity of diseases and the number of tasks with difficulties of execution. **Final considerations:** It is hoped that this study contributes in a way to broaden the knowledge of the thematic of the aging for the several professionals that deal, directly, with the elderly public. In addition, it is believed that new policies and actions may arise with the intuition of benefiting the quality of life of this population, aiming at a successful old age.

**Keywords:** Quality of life. Subjective well-being. Physical Exercise. Elderly.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Análise de correspondência múltipla entre o grupo de variáveis sociodemográficas e os domínios de qualidade de vida.....	111
Figura 2	Análise de correspondência múltipla entre o grupo de variáveis de saúde e os domínios de qualidade de vida.....	113
Figura 3	Análise de correspondência múltipla entre o grupo de variáveis de exercício físico e os domínios de qualidade de vida.....	115
Figura 4	Análise de correspondência múltipla entre o grupo de variáveis de limitação e dor e os domínios de qualidade de vida.....	117
Figura 5	Análise de correspondência múltipla entre o grupo de variáveis sociodemográficas e os domínios de satisfação com a vida.....	122
Figura 6	Análise de correspondência múltipla entre o grupo de variáveis de saúde e os domínios de satisfação com a vida.....	123
Figura 7	Análise de correspondência múltipla entre o grupo de variáveis de exercício físico e os domínios de satisfação com a vida.....	124
Figura 8	Análise de correspondência múltipla entre o grupo de variáveis de limitação e dor e os domínios de satisfação com a vida.....	125

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Categorias das variáveis sociodemográficas.....	94
Quadro 2	Categorias das variáveis de atividade física.....	95
Quadro 3	Categorias das variáveis de saúde.....	95
Quadro 4	Categorias das variáveis de limitações e incapacidades.....	96

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Frequência absoluta e relativa das variáveis.....	99
Tabela 2	Análise descritiva dos domínios de qualidade de vida e satisfação com a vida. ....	105
Tabela 3	Frequência absoluta e relativa dos domínios de qualidade de vida e satisfação com a vida.....	106
Tabela 4	Frequência relativa e absoluta da qualidade e vida e satisfação com a vida.....	108
Tabela 5	Modelo 1 – Qualidade de vida.....	126
Tabela 6	Qualidade do ajuste do modelo proposto versus escala padrão de qualidade de vida.....	1127
Tabela 7	Modelo 2 – Satisfação com a vida.....	129
Tabela 8	Qualidade do ajuste do modelo proposto versus escala padrão de satisfação com a vida.....	130

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Número de doenças <i>versus</i> qualidade de vida. ....	127
Gráfico 2	Número de dores <i>versus</i> qualidade de vida.....	128
Gráfico 3	Número de tarefas <i>versus</i> qualidade de vida.....	128
Gráfico 4	Tipos de exercícios físicos <i>versus</i> qualidade de vida.....	129
Gráfico 5	Número de doenças <i>versus</i> satisfação com a vida.....	130
Gráfico 6	Número de tarefas <i>versus</i> satisfação com vida.....	131

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACM	Análise de Correspondência Múltipla
ACSM	<i>American College of Sport Medicine</i>
BES	Bem-Estar Subjetivo
DP	Desvio Padrão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPAQ	<i>International Physical Activity Questionnaire</i>
LSITA	<i>Life Satisfaction Index for the Third Age</i>
MG	Minas Gerais
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
QV	Qualidade de Vida
SF-36	<i>36-Item Short Form Survey</i>
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
USP	Universidade Federal de São Paulo
WHOQOL-Group	<i>World Health Organization Quality of Life Group</i>
WHOQOL	<i>The World Health Organization Quality of Life</i>
WHOQOL-Old	<i>World Health Organization Quality of Life in Old Age</i>

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
2	<b>OBJETIVOS</b> .....	20
2.1	OBJETIVO GERAL.....	20
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
3	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	21
3.1	ENVELHECIMENTO.....	21
3.1.1	<b>Aspectos gerais</b> .....	21
3.1.2	<b>Envelhecimento Biológico</b> .....	27
3.1.3	<b>Envelhecimento Psicológico</b> .....	31
3.1.4	<b>Envelhecimento Social</b> .....	34
3.2	ENVELHECIMENTO ATIVO: ATIVIDADE FÍSICA E EXERCÍCIOS FÍSICOS EM IDADES AVANÇADAS.....	37
3.3	QUALIDADE DE VIDA.....	46
3.3.1	<b>Conceitos e avaliação</b> .....	46
3.3.2	<b>Qualidade de vida e envelhecimento: idosos com idades avançadas</b> .....	50
3.4	BEM-ESTAR SUBJETIVO.....	59
3.4.1	<b>Conceitos e avaliação</b> .....	59
3.4.2	<b>Bem-estar subjetivo e envelhecimento: idosos com idades avançadas</b> .....	69
3.4.3	<b>Satisfação com a vida</b> .....	76
3.4.3.1	Satisfação com a vida: idosos com idades avançadas...	77
4	<b>MÉTODOS</b> .....	88
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	88
4.2	ASPECTOS ÉTICOS.....	88
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	89
4.3.1	<b>Crítérios de inclusão</b> .....	90
4.3.2	<b>Crítérios de exclusão</b> .....	90
4.4	INSTRUMENTOS.....	90
4.4.1	<b>Questionário sociodemográfico</b> .....	90
4.4.2	<b>36-Item Short Form Survey (SF-36)</b> .....	90



4.4.3	<b>Life Satisfaction Index for the Third Age (LSITA)</b> .....	91
4.5	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	93
4.6	ANÁLISE DE DADOS.....	93
5	<b>RESULTADOS</b> .....	99
5.1	RESULTADOS DESCRITIVOS.....	99
5.2	ANÁLISE DE CORRESPONDÊNCIA MÚLTIPLA.....	108
5.3	REGRESSÃO LOGÍSTICA.....	126
6	<b>DISCUSSÃO</b> .....	132
6.1	PERFIL DA AMOSTRA.....	134
6.2	VARIÁVEIS ASSOCIADAS À QUALIDADE DE VIDA E SATISFAÇÃO COM A VIDA.....	142
6.3	DETERMINANTES DA QUALIDADE DE VIDA E DA SATISFAÇÃO COM A VIDA.....	167
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	174
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	176
	<b>APÊNDICES</b> .....	214
	APÊNDICE I – Artigo publicado no <b>Journal of Physical Education And Sports</b> – Revista B1 para a Educação Física.....	214
	APÊNDICE II Questionário sociodemográfico.....	225
	<b>ANEXOS</b> .....	228
	ANEXO I – Parecer Consusubstanciado do CEP.....	228
	ANEXO II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	232
	ANEXO III – Versão brasileira do questionário de qualidade de vida (SF- 36).....	233
	ANEXO IV – Versão brasileira da escala do índice de satisfação com a vida para a Terceira Idade (LSITA).....	237

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população mundial é um fato indubitável, que está em constante crescimento, devido à maior longevidade proporcionada tanto por progressos industriais quanto por desenvolvimento nas áreas médicas e tecnológicas. De acordo com estimativas da Organização das Nações Unidas (ONU, 2017), o número de idosos no mundo aumentará de 1 bilhão, em 2017, para 2,1 bilhões, em 2050, com uma expectativa de vida global também aumentada, de 71 anos, em 2015, para 77 anos, em 2050, podendo chegar a 83 anos em 2100 (ONU, 2017). Devido a esse aumento da população idosa, uma nova preocupação emerge, não só para os pesquisadores e profissionais, como também para políticos e governantes, responsáveis por propiciar recursos e ambientes os quais permitam que o indivíduo envelheça de forma independente e autônoma e viva bem o maior número de anos possíveis.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), a manutenção da independência e da autonomia durante o processo de envelhecimento é uma meta primordial para indivíduos e governantes. Entretanto, por ser um fenômeno recente, esse aumento populacional, em muitos casos, não é amparado por condições sociais e econômicas, nem resguardado por políticas públicas que garantam uma vida digna aos longevos. Ferreira e Simões (2011) afirmam que essas divergências podem produzir graves consequências para a sociedade, caso não haja intervenção por meio dos governantes e políticos no sentido de implementar respostas a questões básicas, tais como acessibilidade, emprego, moradia, saúde, alimentação e também elaboração de políticas públicas para os idosos, proporcionando condições para uma vida satisfatória.

O envelhecimento é um fenômeno que ocorre, inevitavelmente, em todos os seres vivos, de forma constante (DESLANDES, 2013; OMS, 2005). Esse processo inicia durante o nascimento e seu fim ocorre com a morte do indivíduo. No curso da vida, cada indivíduo experimenta uma forma única de envelhecer, marcada por alterações em três dimensões básicas: biológica ou orgânica, psicológica e social. Essas mudanças acontecem em consequência de componentes internos, como a genética, e também por meio de componentes externos, que é o caso das

experiências adquiridas e do contexto sociocultural em que o indivíduo está inserido (MENESES *et al.*, 2013; PAULA, 2010; ROSE *et al.*, 2012).

As diversas modificações oriundas do processo de envelhecer afetam a capacidade funcional dos indivíduos, ocasionando, em alguns casos, dependência e perda da autonomia. A partir dessas constatações, Shephard (2003) propôs uma classificação do envelhecimento em razão da funcionalidade e não só pela idade cronológica, em que os idosos são situados e descritos em três categorias funcionais: a) velhice: caracterizada por uma perda de função mais relevante e situada entre 65 e 75 anos; b) velhice avançada: entre 75 e 85 anos, sendo descrita como velhice mediana, na qual são percebidos danos substanciais nas funções relativas às atividades diárias; e, por último, c) velhice muito avançada: idosos acima de 85 anos, para os quais os cuidados institucionalizados e/ou de enfermagem tornam-se necessários (SHEPHARD, 2003).

Shephard (2003) afirma que a classificação funcional depende de muitos fatores além da idade, como, por exemplo, o sexo, a genética, a saúde, os aspectos socioeconômicos, o estilo de vida, as vivências pessoais e as influências socioculturais, mostrando que cada idoso apresenta um ritmo próprio de envelhecimento. Esse ritmo pode ser alterado, ou seja, os declínios associados ao envelhecimento podem ser retardados por meio de atitudes e comportamentos que levam a população a envelhecer com mais qualidade (FERREIRA *et al.*, 2012; PEREIRA, 2016). As atitudes adotadas por cada pessoa em seu cotidiano: alimentação, uso de substâncias lícitas e/ou ilícitas, relações sociais, atividades físicas regulares, entre outras, são imprescindíveis para um envelhecimento bem-sucedido (OMS, 2005).

Nesse contexto, ganha interesse a atividade física, que pode ser entendida, segundo Caspersen, Powell e Christensen (1985), como qualquer movimento corporal, produzido pelo sistema musculoesquelético, que ocasione um gasto energético maior que os níveis de repouso. Em vista das diversas possibilidades de movimentos, a atividade física pode ser descrita a partir de diversas perspectivas: lazer; atividades domésticas e da vida diária; esportes; exercícios físicos, entre outras. O exercício físico, é compreendido como uma dimensão da atividade física, ou seja, como toda e qualquer atividade física realizada de maneira estruturada, planejada e repetitiva, que objetiva a melhoria e a manutenção de um ou mais componentes da aptidão física (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSEN, 1985).

A prática regular de exercício físico, principalmente no envelhecimento, é reconhecida como estratégia para atenuar e/ou prevenir os declínios (biológicos, psicológicos e sociais) oriundos do processo de envelhecer (DAWALIBI *et al.*, 2013; KOPLAN; CASPERSEN; POWELL, 1989; OMS, 2005), proporcionando maior proteção contra doenças crônicas degenerativas (GARBER *et al.*, 2011). Melhoras podem ser observadas na capacidade cardiorrespiratória, na força e massa muscular, no sistema cognitivo e nos comportamentos sociais, além de benefícios na capacidade funcional (VIDMAR *et al.*, 2011). Portanto, o exercício físico torna-se um importante meio para a promoção da qualidade de vida nos idosos (MOREIRA; TEIXEIRA; NOVAES, 2014; VIDMAR *et al.*, 2011; OMS, 2015).

Devido à maior atenção dada pelos setores sociais (Estado, mercado e sociedade civil) aos idosos, assim como na preservação e promoção da saúde e do bem-estar, a qualidade de vida no envelhecimento, tem sido alvo de debates e investigações globais, a fim de que essa população envelheça da melhor forma possível (FISKEN *et al.*, 2015; HARADA *et al.*, 2015; RACHADEL *et al.*, 2015; SANTIN-MEDEIROS *et al.*, 2017). A qualidade de vida é um conceito que não deve ser pensado somente pela ótica da saúde física, pois ela engloba também o estado psicológico, as relações sociais, o nível de autonomia e independência, as crenças pessoais, além de um sistema de valores que envolvem objetivos, anseios, padrões e preocupações com base em avaliações subjetivas (WHOQOL GROUP, 1995).

Avaliações subjetivas podem revelar insatisfações em relação a certas áreas da vida, o que pode levar a uma diminuição da qualidade de vida (DIENER; OISHI; LUCAS, 2003). Pensando em um envelhecimento com mais qualidade, os estudos buscam, por meio do bem-estar subjetivo, compreender as avaliações que as pessoas fazem sobre sua vida, a partir de valores próprios, experiências e critérios pessoais, tanto no aspecto afetivo (afeto positivo e afeto negativo), como no aspecto cognitivo (satisfação com a vida) (SOLBERG *et al.*, 2014; STRAND *et al.*, 2014). Vale lembrar que o bem-estar subjetivo se refere aos sentimentos dos indivíduos e ao modo como esses avaliam suas vidas (DIENER; OISHI; LUCAS, 2003).

De forma a complementar essa dissertação, foi realizada revisão sistemática, que avaliou a produção científica nos últimos anos sobre o bem-estar subjetivo e a qualidade de vida em idosos fisicamente ativos, indicando a existência de lacunas na literatura (SOUZA; CARVALHO; FERREIRA, 2018; ANEXO 1), podendo ser citadas: a) a baixa produção científica sobre o bem-estar subjetivo e

exercício físico na velhice; b) a existência de variáveis associadas à qualidade de vida e ao bem-estar subjetivo, que merecem maior atenção, como o sexo, a idade, a frequência de atividade física, a modalidade praticada e risco de quedas; c) a carência de estudos com amostras homogêneas de idosos acima dos 75 anos; d) o fato de grande parte dos estudos não considerarem as individualidades existentes entre homens e mulheres e inferirem análises em conjunto, subestimando e generalizando resultados. Nesta revisão, foram encontrados alguns fatores relevantes para a qualidade de vida e para o bem-estar subjetivo, sendo que, entre as mais frequentes e com maior relevância nos estudos investigados, destacam-se: o sexo, a idade, a frequência de atividade física, a modalidade praticada e o risco de quedas.

Todos os fatores apresentados devem ser considerados, uma vez que muitas das variáveis supracitadas indicam ser determinantes para um envelhecimento mais saudável e com qualidade, relacionando-se com percepções e avaliações que os indivíduos fazem de sua vida no envelhecimento. Diante do exposto, percebe-se que a prevalência dos estudos sobre a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo de idosos concentra-se na investigação de indivíduos classificados, de acordo com Shephard (2003), na fase denominada “velhice”, isto é, dos 65 aos 75 anos de idade. Se os estudos frequentemente são realizados com amostras mistas, ♂ e ♀, de idosos de diferentes fases do envelhecimento, ou mesmo, com amostras diversas de adultos e idosos, fazem-se necessárias novas investigações sobre exercício físico, qualidade de vida e bem-estar subjetivo em idosos mais longevos. Prioriza-se, neste estudo, a ampliação do conhecimento sobre o envelhecimento bem-sucedido, em idosos de idade entre 75 e 85 anos, ou seja, na velhice avançada.

A pesquisa foi dividida em 7 capítulos. No primeiro capítulo, apresentam-se uma breve introdução e contextualização desta pesquisa. No segundo capítulo, apresentam-se os objetivos geral e específicos desta pesquisa. O terceiro constitui-se no aprofundamento dos estudos e buscou apontar os caminhos trilhados pela ciência, de forma atualizada e contextualizada, revelando pontos convergentes e divergentes em relação ao tema estudado. Em seguida, apresenta-se o modelo do estudo utilizado, os procedimentos metodológicos, a descrição da população e amostra, os instrumentos utilizados e os procedimentos para a coleta de dados, além dos métodos de análise e tratamento dos dados obtidos. Posteriormente, apresenta a análise e discussão dos resultados encontrados em idosos residentes de Juiz de Fora, MG. No

sétimo capítulo, apresentam-se as considerações finais do estudo. Finalmente, apresentam-se os apêndices e anexos que complementam este estudo.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os determinantes de qualidade de vida e da satisfação com a vida de idosos fisicamente ativos com idade entre 75 e 85 anos.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Avaliar a associação entre a qualidade de vida e a satisfação com a vida com as variáveis investigadas (sociodemográficas, de saúde, de exercício físico e limitações e incapacidades físicas)
- b) Verificar se as variáveis investigadas (sociodemográficas, de saúde, de exercício físico e limitações e incapacidades físicas) são determinantes para a qualidade de vida em idosos entre 75 e 85 anos.
- c) Verificar se as variáveis investigadas (sociodemográficas, de saúde, de exercício físico e limitações e incapacidades físicas) são determinantes para a satisfação com a vida em idosos com idade entre 75 e 85 anos.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

Esta seção apresenta a teoria que fundamenta a presente pesquisa. Dessa forma, foi dividida em 4 subtópicos. No primeiro, procurou-se discutir os principais pontos que permeiam o estudo sobre o envelhecimento, assim como o seu conceito, termos relacionados e desdobramentos desse fenômeno. No segundo, apresentou-se o conceito qualidade de vida, assim como as particularidades desse constructo na velhice. No terceiro, discursou-se não apenas sobre o conceito e as avaliações do bem-estar subjetivo, como também a respeito das singularidades desse constructo na velhice. Por fim, abordou-se a satisfação com a vida, buscando mostrar como esse constructo se comporta em indivíduos de idades mais avançadas.

#### **3.1 ENVELHECIMENTO**

##### **3.1.1 Aspectos gerais**

O envelhecimento é um processo contínuo e complexo, que tem como consequência natural a velhice. De acordo com dados da OMS (2005), não se pode confundir envelhecimento populacional com o envelhecimento individual. O processo de envelhecimento ocorre de forma involuntária, irreversível e tem como consequência as perdas graduais de função e dos papéis sociais, resultando em um envelhecimento único para cada pessoa. O envelhecimento populacional, por sua vez, ocorre pela expansão no número de idosos na população total (CAMARO; KANSO, 2016), relacionando-se com a redução no número de crianças e jovens, bem como com o aumento na proporção de pessoas com 60 anos ou mais, culminando em uma transição demográfica (OMS, 2005).

Esse fenômeno ocorre tanto nos países desenvolvidos quanto nos subdesenvolvidos, mas de maneiras distintas. Podem-se diferenciar os países no que se refere à transição demográfica em 3 tipos: a) os de iniciação precoce de transição (países europeus); b) os de iniciação tardia (países da América Latina); c) os que



ainda não iniciaram essa transição (países africanos). Os responsáveis centrais por essa transição são os índices de mortalidade e fecundidade, associados aos elevados níveis de desenvolvimento socioeconômico. Assim, conforme Tubino *et al.* (2012), alterações nesses índices ocorrem, principalmente, devido ao processo de industrialização, modernização das sociedades, resultando em avanços nas áreas médicas e farmacológicas, que permitem diagnósticos mais precisos, auxiliam na prevenção e no tratamento de patologias. Além disso, a melhora no saneamento básico, bem como maior preocupação com a higiene e a saúde, são fundamentais para a redução da mortalidade. Outro fator determinante para a transição foi a inserção da mulher no cenário mundial. O poder de voto, a entrada no mercado de trabalho e o acesso às Universidades possibilitam ao público feminino ganhos sociais e econômicos, além de uma autonomia e liberdade corporal, que, em conjunto com os métodos contraceptivos, culminam em menores taxas de fecundidade (CHAIMOWICZ; CAMARGOS, 2016).

A transição demográfica brasileira iniciou-se entre os anos de 1950 e 1970. Em 1960, a população era composta por 72,2 milhões de pessoas, sendo que desses apenas 3 milhões eram idosos, aumentando para, aproximadamente, 17 milhões de idosos em uma população de 193 milhões, em 2008 (CAMARO; KANSO, 2016; IBGE, 2013). Estima-se que, em 2025, o número de idosos poderá exceder a 31,5 milhões de pessoas, o que representará 11,5% da população total. Isso fará com que o Brasil ocupe a sexta colocação entre os países com maior número de idosos (IBGE, 2013).

O crescimento da população idosa, em todo o mundo, vem acompanhado de aumento da expectativa de vida, ou seja, um aumento da idade média da população. Entre os países desenvolvidos, o Japão tem a maior expectativa de vida para ambos os sexos, 83,7 anos e, para a população feminina, 86,8 anos. A Suíça ocupa a segunda, com 83,4 anos, e possui a maior taxa para homens, 81,3 anos. Já entre os países da América Latina, o Chile tem estimativa de vida de 81 anos e o Brasil, de 75 anos, para ambos os sexos. Os homens brasileiros possuem menor expectativa de vida em relação às mulheres, 71,4 para 78,7 anos (OMS, 2017).

Ressalta-se que uma característica do aumento na expectativa de vida é que a população idosa, em sua maioria, é composta por mulheres. O cenário etário passa por um processo de feminização, isto é, em muitos países, as mulheres têm vivido por um período de tempo maior, apresentando menores taxas de mortalidade em todas as faixas etárias, se comparadas aos homens (HE; GOODKIND; KOWAL,

2016). Esse fenômeno pode ser justificado por fatores biológicos, por cuidado maior com a saúde, alto suporte social recebido, ascendência socioeconômica e pelas altas taxas de mortalidade masculina. Acrescenta-se que os homens tendem a ter mais comportamentos prejudiciais à saúde (sedentarismo, tabagismo e alcoolismo) e são afetados por mortes violentas (assassinatos e acidentes) (HE; GOODKIND; KOWAL, 2016; PAPALIA; FELDMAN, 2013).

No Brasil, a projeção para 2019 é que a expectativa de vida feminina atinja 79,8 anos, e para os homens atinja 72,74 anos (IBGE, 2018). Essa diferença se estende em países desenvolvidos, onde o acesso à saúde e a outros recursos se dá de modo mais acentuado, reduzindo a morte de mulheres, especialmente, durante o pré-natal e o parto (HE; GOODKIND; KOWAL, 2016; OMS, 2017).

De acordo com Neri (2007) e Dawalibi *et al.* (2013), o aumento da população idosa, seguido de maior longevidade, são frutos de uma série de mudanças políticas, sociais e econômicas, aliadas a grandes avanços na ciência do envelhecimento. Esses avanços tiveram início no século XX, entre os anos de 1903 e 1909, com a criação de novos campos de estudos, tais como a Gerontologia, a Geriatria e a Gerontologia Social (PAPALÉO NETTO, 2016). Segundo Jordão Netto (1997, p. 33), a Gerontologia, em sua totalidade, é o conjunto de conhecimentos científicos dedicados, unicamente, ao estudo dos idosos, das características da velhice e do processo de envelhecimento e seus determinantes biopsicossociais. Segundo o autor, duas subáreas compõem a Gerontologia: a Geriatria e a Gerontologia Social. A Geriatria é um ramo da Medicina destinado tanto ao estudo quanto ao tratamento de patologias associadas ao envelhecimento. Já a Gerontologia Social incorpora uma série de disciplinas, tais como a Psicologia, o Serviço Social, o Direito, a Nutrição e outras, para o estudo do envelhecimento. De acordo com Jordão Netto (1997), a Gerontologia Social também seria conhecida apenas como Gerontologia, o que pode dar margem a uma pequena confusão entre os termos.

Anos mais tarde, por volta de 1922, um importante estudioso do envelhecimento, G. Stanley Hall, publicou a obra intitulada ***Senescence: the last half of life*** e ganhou destaque na tentativa de comprovar que os idosos tinham capacidades ainda não reveladas por meio de relatos médicos, evidências históricas e achados nas áreas biológicas, fisiológicas e comportamentais. Na década de 1930, o pesquisador Marjory Warren assinalou a importância de se enxergar o envelhecimento de forma multidimensional e interdisciplinar (PAPALÉO NETTO, 2016).

Essa expansão propiciou a realização de pesquisas em diferentes áreas científicas, a partir de perspectivas variadas, que permitiram a construção e a ampliação dos conhecimentos sobre o envelhecimento. Assim, demonstrou-se que esse não é um processo inalterado, ou seja, ao longo do desenvolvimento humano, ocorrem modificações na estrutura e nas funções do organismo próprias do envelhecer, que acometem o indivíduo de forma distinta (PAULA, 2010). Em adição, segundo Papaléo Netto (2016), a disseminação de conhecimentos sobre envelhecimento permitiu a criação e diferenciação dos termos “envelhecimento saudável” e “envelhecimento comum” e dos termos “senescência” (processo natural de envelhecimento ao nível celular ou o conjunto de fenômenos associados a esse processo) e “senilidade” (processo patológico de envelhecimento). Esses e outros conhecimentos foram determinantes para a descrição dos fenômenos: envelhecimento e velhice.

Os anos de 1960 e 1980 foram muito positivos para a ciência, pois foram criadas importantes instituições de apoio e incentivo à pesquisa, como a *American Geriatric Society*, a *Gerontological Society of America* e a *Division of Maturity and Old Age* da *American Psychological Association*, o que colaborou para que pesquisas sobre a velhice aumentassem grandiosamente, cerca de 270%. Aliado a isso, o aumento demográfico no número de idosos trouxe consigo novas necessidades e metas não só para os indivíduos, como também para a sociedade. As exigências sociais relacionadas ao envelhecimento populacional e à longevidade (exemplo: os custos dos sistemas de saúde e previdenciário, maior atenção aos incapazes e aos familiares, entre outros), em associação com alterações biopsicossociais, foram determinantes para o surgimento de novas investigações no campo do envelhecimento (NERI, 2007; PAPALÉO NETTO, 2016).

Diante dos fatos apresentados, é possível identificar, além da ampliação do conhecimento, maior atenção ao público idoso, aos seus anseios e necessidades, por meio de desenvolvimento e implementação de pesquisas e políticas que têm como meta proporcionar boas condições de vida na velhice, culminando em maior expectativa de vida (NERI, 2007). Dessa forma, o maior interesse no fenômeno envelhecimento e, devido às suas características multi e interdisciplinar, facilitou o aparecimento de conceitos e termos que culminam em inúmeras discussões. Por conseguinte, diante das várias terminologias usadas para se referir às pessoas

situadas nessa etapa da vida, faz-se necessário discutir essas diferenças no contexto dos estudos sobre envelhecimento.

Segundo Papaléo Netto (2016), os termos “envelhecimento”, “velhice”, “velho” e “idoso” estão intimamente relacionados. Pode-se compreender o envelhecimento como um processo contínuo que acomete todos os indivíduos no decorrer de todas as fases do desenvolvimento humano, ou seja, ele é uma realidade que está presente do início ao fim da vida (ROSE *et al.*, 2012). A velhice, por sua vez, pode ser referida como o último estágio do ciclo vital, ou seja, do envelhecer humano (BEAUVOIR, 1970). Portanto, não pode ser vista como um processo tal como ocorre com o envelhecimento, mas como um estado que descreve e caracteriza a condição do idoso (SANTOS, 2010; PAPALÉO NETTO, 2016).

Os sintomas físicos da velhice podem ser caracterizados pela calvície, embranquecimento dos cabelos, redução da capacidade funcional, entre outros, que se associam aos *déficits* psicológicos e motores, perdas afetivas e alterações dos papéis sociais. Muitos desses sintomas manifestam-se na vida adulta (mais cedo para uns indivíduos, mais tardio para outros), ou seja, bem antes da idade cronológica que socialmente delimita a velhice (PAPALÉO NETTO, 2016).

Destaca-se que não há como determinar a idade da velhice só por meio de características físicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais, mas admite-se que cada um constrói uma imagem corporal com base no contexto em que está inserido, em suas vivências ao longo da vida e nas características e critérios pessoais. Essa construção baseia-se, também, na autopercepção, ou seja, se a própria pessoa se enxerga velha ou não (FERREIRA; SIMÕES, 2011; PAPALÉO NETTO, 2016). Em consonância, Faller *et al.* (2017) ressaltam que o envelhecimento é vivido de modo diferente de um indivíduo para outro, de uma geração para outra e de uma sociedade para outra.

A velhice, conforme Schneider e Irigaray (2008), é compreendida como um constructo social, isto é, as noções de velhice, sob essa ótica, são vistas como fruto de uma construção social e temporal originada no íntimo das sociedades, de acordo com os sistemas de valores e princípios, que são atravessados por questões multifacetadas, multidirecionadas e contraditórias.

Assim, ao contrário do que se observa, nas sociedades não ocidentais, a velhice é caracterizada como um período próspero, marcado pela sabedoria e experiências, não sendo baseada em perdas, declínios e limitações. Existe, ainda,

outro entendimento, no qual a velhice é definida pelas mudanças corporais, isto é, pelo surgimento de cabelos brancos, rugas, calvície, diminuição dos reflexos e da massa corporal, aumento do tecido adiposo, entre outros. De acordo com Santos (2010), esses atributos podem aparecer em qualquer época da vida, de igual modo como idosos podem esconder a idade por meio da utilização de procedimentos cirúrgicos e estéticos, tinturas, cremes e maquiagens.

Em todo o curso da História, os indivíduos que experimentavam a velhice recebiam diversas designações, em diferentes momentos e locais distintos. No século XIX, na França, o aspecto econômico era determinante para os indivíduos. Pessoas pobres e com avançadas idades eram popularmente chamadas de “velho” e “velhote”; já o termo “idoso” era usado para se referir àqueles que possuíam uma posição na sociedade, *status* social.

No Brasil, não foi diferente, pois velhos eram considerados os indivíduos com idades avançadas, com uma elevada expectativa de vida. Segundo Ferreira e Simões (2011), devido a esse processo, muitos indivíduos, atualmente, preferem ser chamados de idosos a serem designados como “velhos”, já que esse termo, ainda hoje, é coberto de preconceitos e apresenta uma imagem negativa da forma de envelhecer. Esse fato pode ser percebido na diferenciação que algumas crianças fazem sobre esses conceitos. Nessa perspectiva, “idoso” era um indivíduo sábio, era alegre e contador de histórias; já velho era aquele que se isolava socialmente, indivíduo “à toa”, que estava sempre acometido por morbidades (LOPES; PARK, 2007).

A ONU (1982) conceitua os idosos a partir de um critério cronológico, que foi estabelecido com base na expectativa de vida e nas condições de vida que as nações oferecem a seus cidadãos. Para esse órgão, há distinção entre ser idoso em países desenvolvidos e em países subdesenvolvidos. Em países desenvolvidos, considera-se idoso o indivíduo com idade igual ou maior de 65 anos. Já em nações subdesenvolvidas e em desenvolvimento, idosos são aqueles com idade igual ou maior de 60 anos (OMS, 2005). No Brasil, considerando os aspectos apresentados anteriormente, e de acordo com a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1996) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2013), são idosas as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003).

A Terceira Idade surge também do ponto de vista cronológico e, assim como o termo “idoso”, é utilizada para designar indivíduos com idade igual ou superior

a 60 anos (FERREIRA; SIMÕES, 2011). Então, pode-se afirmar que a idade cronológica é uma das formas mais utilizadas para categorizar os cidadãos e organizá-los socialmente. Torna-se importante nas pesquisas, pois os dados sobre uma pessoa são obtidos de forma simples por meio da mensuração do tempo decorrido em dias, meses e anos, desde o nascimento. Em estudos sobre velhice e envelhecimento que abordam essa perspectiva cronológica, é comum a divisão em faixas etárias (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008; PAPALÉO NETTO, 2016).

Conforme o exposto, Schaie e Willis (1996) propõem a divisão dos idosos em três grupos: os “velhos-jovens”, os “velhos” e os “velhos-velhos”. Os “velhos-jovens” englobam os idosos com idades de 60 a 75-80 anos, entre os quais, normalmente, são idosos independentes e autônomos. Os “velhos” são os indivíduos que já apresentam algum tipo de fragilidade física ou mental, em maior ou menor grau, dependendo do suporte social que o indivíduo possui. Nesse grupo, estão aqueles indivíduos com idades que variam entre 75-80 até os 90 anos; já os “velhos-velhos” se apresentam acima dos 90 anos e necessitam de maior apoio familiar, emocional e físico.

De acordo com Fachine e Trompieri (2012), outros aspectos estão envolvidos no envelhecimento, sendo, portanto, necessário investigar esse processo sob outras perspectivas, incluindo a biológica, a social e a psicológica, porquanto a idade cronológica, por si só, não mensura o desenvolvimento humano, apenas a contagem do tempo.

### **3.1.2 Envelhecimento Biológico**

O envelhecimento biológico acontece durante toda a maturação humana de forma natural, resultando em alterações funcionais, ou seja, dos sistemas orgânicos. Tais alterações acarretam, para o organismo, diminuição e, em alguns casos, perda da capacidade de manter o equilíbrio homeostático e declínio gradual das funções fisiológicas (MITNITSKI; SONG; ROCKWOOD, 2013), tornando o idoso mais vulnerável e propício aos processos patológicos (BARSANO; BARBOSA; GONÇALVES, 2014).

Por volta dos 25-30 anos, já é possível observar as alterações na composição corporal, e isso se dá de forma progressiva (continuada) até a velhice. A musculatura vai diminuindo, sendo as fibras do tipo II as mais afetadas. Segundo Rossi e Sader (2013), tal perda colabora para o surgimento de diversos processos relacionados à idade, enfatizando-se a menor taxa de metabolismo basal, menor sensibilidade à insulina, diminuição da densidade óssea, menor capacidade aeróbia, menor força muscular, menores níveis de atividades físicas diárias. Além disso, a diminuição da massa magra, nos idosos, pode prejudicar a locomoção, a respiração e a digestão (PEREIRA, 2016). Acrescenta-se que a gordura corporal substitui essa perda (FERREIRA; SIMÕES, 2011), provocando mudanças da silhueta do idoso.

Outra característica é a desidratação fisiológica. Além de afetar todo o organismo, devido à perda de água intracelular, afeta um importante órgão, a pele. A desidratação, aliada à diminuição das glândulas sebáceas sanguíneas, torna a pele seca e quebradiça, facilitando o aparecimento de lesões. A palidez da pele dá-se pela baixa irrigação sanguínea. Somado a isso, a redução das fibras de colágeno e da elasticidade ocasionam o aparecimento de rugas (PEREIRA, 2016). A canície, a calvície e o enfraquecimento das unhas, que são características marcantes nos idosos, também ocorrem por alterações na pele (SANTOS, 2010; TIMIRAS, 2007).

Com o passar dos anos, ocorrem modificações tanto na arquitetura quanto na função pulmonar. Os pulmões se tornam mais volumosos, os bronquíolos se dilatam e os alvéolos tornam-se flácidos, resultando uma piora da ventilação e perfusão, sendo que essas modificações se dão de forma lenta e progressiva. O consumo máximo de oxigênio reduz 5 ml/kg/min/década a partir dos 25 anos. Com isso, aliado ao enrijecimento da musculatura torácica e à distensão dos pulmões, a capacidade vital é reduzida, assim como a oxigenação sanguínea (PEREIRA, 2016).

Alterações cardiovasculares também podem ser observadas. Modificações ocorrem tanto na estrutura cardíaca, marcada por uma hipertrofia ventricular esquerda, quanto na estrutura arterial do idoso, caracterizada pela rigidez das artérias (NORONHA, 2012; PEREIRA, 2016). Essas e outras modificações podem resultar em diversas consequências como: elevação da pressão arterial, principalmente a sistólica, diminuição do débito cardíaco, levando ao menor aumento da frequência cardíaca durante a prática de atividade física, momentos de dor ou infecções, arritmias e sopros cardíacos e, ainda, lentidão nos mecanismos de manutenção da pressão arterial (NORONHA, 2012; PEREIRA, 2016).

O envelhecimento das células nervosas cerebrais inicia-se ainda na vida adulta, por volta dos 30 anos, ocorrendo perdas celulares, que têm como consequência a diminuição do peso do cérebro. A perda do volume cerebral é de 2 a 3% por década depois dos 50 anos, e o peso diminui 8%, se comparado ao peso máximo quando adulto. Percebe-se, também, a redução do número de neurônios neurotransmissores e dilatação dos ventrículos cerebrais, ocasionando quedas na atividade cerebral. A lentidão na condução nervosa acarreta baixo desempenho psicomotor e possui relação direta com a instabilidade postural. Essa instabilidade, aliada à precariedade da massa muscular, pode gerar danos na marcha e no equilíbrio do indivíduo (PEREIRA, 2016). Esses fatores são responsáveis pelo grande número de quedas na Terceira Idade (NORONHA, 2012). Outra consequência relacionada à baixa condução nervosa é que essa afeta, negativamente, a aprendizagem e a memória, especialmente a memória para acontecimentos recentes (PEREIRA, 2016).

Com o avanço da idade, observa-se um encurtamento do tempo de sono, com maior incidência de apneia, principalmente nos homens (PEREIRA, 2016). Outras alterações estão relacionadas às atividades sensoriais. O idoso tem sua visão prejudicada, sobretudo para focar objetos de perto, e a tolerância à claridade é reduzida. Perdas significativas na capacidade de ouvir sons de frequência muito alta ou muito baixa são comuns no envelhecimento, do mesmo jeito que a sensibilidade do tato, do olfato e do paladar é afetada, ou seja, reduzida (BARSANO; BARBOSA; GONÇALVES, 2014; PEREIRA, 2016; PEDRÃO, 2016).

Além das alterações na sensibilidade gustativa, mecanismos como saciedade, sede e regulação da fome são modificados com o envelhecimento. O menor paladar, a menor produção de saliva e a dificuldade de mastigação decorrente de problemas dentários prejudicam a alimentação, sendo comum a incidência de desnutrição e desidratação entre os mais velhos (NORONHA, 2012; PEDRÃO, 2016).

A desnutrição é um dos problemas graves que acomete os idosos. Além de ser causado pela ausência alimentar, mudanças gastrointestinais podem ser a causa desse estado patológico, em outras palavras, a baixa produção do sulco gástrico, concomitantemente com a menor absorção de vitamina B12, ferro, cálcio, ácido fólico e zinco, pode levar os idosos à condição de desnutridos (NORONHA, 2012; PEREIRA, 2016). O uso de medicamentos, devido a doenças crônicas comuns nessa fase da vida, também compromete o estado nutricional, pois influencia na absorção, na digestão, na utilização de muitos nutrientes (PEREIRA, 2016).



Alterações no sistema endócrino estão relacionadas a importantes componentes, entre eles destacamos a tireoide, a hipófise e o pâncreas (NORONHA, 2012). Os hormônios tireoidianos (T3 e T4) contribuem, positivamente, para a manutenção da temperatura corporal. Portanto, a redução de seus níveis faz com que os idosos sintam mais frio do que as demais pessoas. Outra consequência dessa redução resulta na lentidão da taxa metabólica basal e no aumento do tecido adiposo corporal.

A obesidade é um problema de Saúde Pública preocupante durante o envelhecimento. Essa doença pode ocorrer por problemas psicológicos, nutricionais ou endócrino-metabólicos e está associada a diversas doenças crônicas, tais como diabetes melito, síndrome metabólica e hipertensão (STIVAL; LIMA; KARNIKOWSKI, 2015). Entre as repercussões metabólicas da obesidade, podem ser citadas: resistência à insulina, aumento de cortisol e do TSH. Este último, produzido pela hipófise, age regulando a produção dos hormônios tireoidianos.

A resistência à insulina e a intolerância à glicose ocorrem por diversos fatores, incluindo diminuição da insulina produzida no pâncreas. Por meio de alterações nesse órgão, durante o envelhecer, é esperado um leve aumento da glicemia de jejum relacionado à idade – 1 miligrama por decilitro (mg/dl) por década. O aumento da glicemia, contudo, pode não ocorrer em idosos ativos (PEREIRA, 2016).

Os hormônios também se relacionam ao sistema reprodutor. No homem, queda nos níveis de testosterona tornam a ereção menor, mais curta e a ejaculação fraca, mas a fertilidade é mantida. Nas mulheres, a menopausa é um marco para o fim da fertilidade. Trata-se de um processo de mudanças fisiológicas, que resultam em alteração nos níveis de hormônios responsáveis pelo período fértil. A menopausa é um processo composto não só de mudanças fisiológicas, pois sua ocorrência pode gerar tanto modificações físicas, psicoemocionais, como também sociais, que influenciam, diretamente, na vida cotidiana da mulher (SOUZA; ARAÚJO, 2015).

Posto isso, verifica-se que envelhecer, sob a ótica biológica, ocasiona alterações nos principais sistemas corporais e, conseqüentemente, a funcionalidade orgânica é afetada. Essas alterações, em conjunto com importantes modificações psicológicas e sociais, são capazes de modificar a maneira como o indivíduo se porta na vida, especialmente durante a velhice.

### 3.1.3 Envelhecimento Psicológico

Ao pensar no campo psicológico, é imprescindível enfatizar que o envelhecimento pode ser explorado por duas perspectivas: cognitiva e emocional. Durante o envelhecer, a função cognitiva sofre diversas alterações, tanto na estrutura quanto na sua funcionalidade, que culminam em perdas importantes. Todavia, outros fatores também podem incidir nesses declínios, dos quais se destacam: patologias (Alzheimer e depressão), estilo de vida e comportamentos (sedentarismo e consumo de álcool), fatores sociais (isolamento) e o desuso (falta de prática). Na perspectiva emocional, alterações podem ocorrer por diversos motivos, que podem resultar em sentimentos depreciativos em relação à vida e a si próprios, tais como tristeza, solidão, baixa autoestima e autoeficácia, redução das expectativas de futuro e aumento do medo da morte (OMS, 2005).

De acordo com alterações estruturais e funcionais, ocorre a redução da velocidade de processamento mental e do raciocínio, que, na maioria dos casos, torna os comportamentos mais lentos na velhice. Apesar desse declínio, outras habilidades podem ser mantidas e algumas podem, inclusive, melhorar ao longo da vida (FERREIRA; SIMÕES, 2011). A plasticidade pode aumentar no decorrer dos anos, expressando-se por intermédio da aprendizagem de novos conteúdos e da memória. Esta é uma importante função que se relaciona com as alterações resultantes da experiência, de lesões ou de processos degenerativos, protegendo o cérebro e o sistema nervoso, permitindo a adaptação ao meio (PEREIRA, 2016). A capacidade de controlar uma ação, efetuar um movimento e executar sequências ininterruptas de movimentos complexos é capaz de permanecer constante (KIKUCHI, 2009).

Outra capacidade afetada é a memória. Yassuda *et al.* (2013) ressaltam que, mesmo no envelhecimento saudável, ocorre deterioração lenta e progressiva da memória. Esse evento, apesar de afetar algumas atividades rotineiras e a autoestima, não impede o idoso de manter sua independência e realizar atividades do cotidiano. Segundo Baddeley (1992), a memória pode ser dividida em memória de curto e longo prazo, de acordo com o tempo em que é guardada. A memória de curto prazo compreende as memórias imediata e operacional (ou de trabalho); já a memória de longa duração divide-se em memória explícita (declarativa) e implícita (não declarativa) (YASSUDA *et al.*, 2013). Nos idosos, é comum alterações na memória

episódica, ou seja, aprendizagem de informações novas, e na memória de procedimentos, a qual se refere à resolução de problemas aritméticos mentalmente e à resolução de problemas diários complexos. A memória semântica, que corresponde a informações relacionadas a conhecimentos e fatos gerais, bem como a memória implícita, que diz respeito a ações automatizadas, como, por exemplo, ao ato de escovar dentes e dirigir, tendem a conservarem-se intactas (YASSUDA *et al.*, 2013).

A atenção também é prejudicada na velhice. Segundo Yassuda *et al.* (2013), os idosos se distraem mais facilmente que os mais jovens. Quando a atenção é dividida durante a execução de trabalhos ou tarefas simultâneas, os idosos, principalmente aqueles com idades mais avançadas, apresentam menor desempenho do que se estivessem realizando uma única tarefa.

Outra alteração importante é na inteligência. Esta pode ser subdividida em inteligência cristalizada e inteligência fluida. A inteligência cristalizada engloba as experiências e os conhecimentos culturais, ou seja, a fonte da informação geral, e pode ser mantida até a idade de 70 anos (YASSUDA *et al.*, 2013). Não obstante, essa inteligência não declinar com o tempo, ela também pode progredir, desde que existam meios para que isso ocorra, por exemplo, leituras diárias. A inteligência fluida se refere à capacidade de raciocínio flexível e de resolução de problemas, mas é ancorada por mecanismos neurológicos responsáveis pelo processamento das informações, portanto, deteriora-se com a idade (YASSUDA *et al.*, 2013).

Quanto à habilidade e à coordenação motora, mudanças também são perceptíveis. Na Terceira Idade, o tempo de reação diminui, ou seja, o intervalo entre a geração do estímulo e a ação motora é maior no idoso. Com isso, os movimentos são lentificados, causando, na maioria dos casos, perda das capacidades motoras (KIKUCHI, 2009). A ausência de certos movimentos ou a dificuldade para executar afazeres compromete a autonomia, acarretando dependência do idoso. No entanto, apesar de todas as dificuldades e limitações para o aprendizado, na realização de tarefas, e de não possuir a mesma habilidade para solucionar questões-problema como quando mais jovem, o próprio idoso não deve sentir-se inútil ou incapaz, nem se isolar do ambiente social (FERREIRA; SIMÕES, 2011). É de suma importância que o idoso participe de atividades e programas que estimulem a funcionalidade cognitiva, com exercícios para o aprendizado, a memória e a atenção.

Contudo, não se pode generalizar e afirmar que o envelhecimento é marcado, exclusivamente, por perdas. Mesmo que os *déficits* cognitivos tragam

prejuízos aos indivíduos, existem ganhos que podem compensar tais perdas. O envelhecer pode trazer consigo uma nova percepção da vida, marcada pela sabedoria, experiências e maturidade (OMS, 2005). De igual modo, ajustar-se às modificações desta fase pode não ser tarefa fácil para todos os indivíduos. Aqueles com dificuldades de adaptação são mais suscetíveis a alterações comportamentais e sentimentais, por exemplo, o indivíduo que não reconhece as mudanças oriundas do envelhecer e não se ajusta a elas pode sofrer perdas da autoestima, da autoeficácia e da motivação, além de apresentar sentimentos como medo e frustração e, ainda, apresentar comportamentos introspectivos e solitários.

Negar o envelhecimento ou a velhice é uma prática usual que ocorre com frequência nos países ocidentais (MINAYO; COIMBRA JÚNIOR, 2002). Beauvoir (1970) propõe a expressão “máscara do envelhecimento”, na tentativa de mostrar que o corpo físico até pode envelhecer, mas a real identidade da pessoa, a qual seria jovem, permanece oculta. Assim, aliadas à percepção subjetiva e com grande valorização do belo e do novo, bem como do culto ao corpo nas sociedades, as pessoas ignoram a velhice, buscando por fontes da juventude, na tentativa de se apresentarem mais jovens.

Além da rejeição, a velhice traz consigo hesitações, incertezas e insegurança, repercutindo em sentimentos depreciativos, isto é, mudanças sociais e orgânicas podem gerar sensações de perda do poder financeiro, do prestígio social e familiar, da beleza e da autonomia (FERREIRA; SIMÕES, 2011).

Outro sentimento experimentado pelos idosos é a insegurança com o futuro e o medo da morte (STEPTOE; DEATON; STONE, 2015). Esse sentimento tende a aumentar com o aparecimento frequente de patologias e com a morte de familiares e entes próximos. Com isso, os relacionamentos, principalmente o familiar, tornam-se valorosos para o idoso. A família é vista como suporte tanto econômico quanto emocional. Além de oferecer e proporcionar socialização e proteção aos idosos, auxilia na adaptação ao envelhecimento (PEREIRA; RANCON, 2010; WINTERS-STONE *et al.*, 2016).

Mudanças cognitivas e emocionais afetam os indivíduos em diversas esferas da vida, influenciando, sobretudo, na forma com que os idosos vivenciam a velhice. Em consequência, a possibilidade de os indivíduos desenvolverem sentimentos e comportamentos negativos compromete a adaptabilidade e a aceitação

a essa etapa da vida, o que resultará em consequências para sua vida social (SIEDLECKI *et al.*, 2014).

### 3.1.4 Envelhecimento Social

Cada sociedade define direitos, papéis, atribui responsabilidades e valores com base na cultura, nos princípios socioeconômicos e na trajetória histórica construída referente ao envelhecimento. Dessa forma, a velhice pode ser vista como um constructo social, e a maneira que cada indivíduo compreende e vivencia essa fase da vida depende, entre outros fatores, do contexto social, cultural e do momento histórico em que os indivíduos estão inseridos.

As pessoas, de modo geral, vivem em uma sociedade focada na modernidade e no consumo, priorizando a produção e o acúmulo de capital, em que os jovens, por possuírem características como agilidade e destreza, bem como pelos altos desempenhos sociais, são exaltados, em detrimento dos indivíduos de idade avançada (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). Por questões fisiológicas, esses podem apresentar certas limitações ou pequenas dificuldades, o que não significa a incapacidade para desempenhar funções e realizar tarefas.

Outra consequência desse foco são as mudanças sociais. Essas alterações são consideradas como um dos fatores primordiais para compreender o envelhecimento social. Conforme Schneider e Irigaray (2008), a ideia de “ser idoso” pode ser atribuída à aposentadoria. Com a saída dos indivíduos do mercado de trabalho, esses sujeitos são vistos como economicamente inativos, cria-se um indivíduo estereotipado, ou seja, a sociedade caracteriza-o como improdutivo, inativo e incapaz. De acordo com Bruns e Abreu (1997), sustentados pelo **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**, a palavra “aposentar” é concebida como “pôr de parte, de lado; estado de inatividade de funcionário público ou de empresa particular, ou seja, estar fora da produção”.

Esse egresso do mercado de trabalho manifesta-se por meio de mudanças nas relações sociais, redução salarial e, em muitos casos, faltam atividades para preencher o tempo ocioso (SHNEIDER; IRIGARAY, 2008). No entanto, devido ao caráter complexo e singular do envelhecer, para alguns, aposentar-se seria apenas o

início de uma vida prazerosa, composta por mais tempo livre, seja para as atividades que não podiam ser realizadas em outros períodos da vida, seja para estar com a família (SHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

As relações familiares possuem grande valia em todo desenvolvimento humano, mas ganham importância maior durante a velhice (WINTERS-STONE *et al.*, 2016). Devido às mudanças biopsicossociais que acometem os idosos, a compreensão e o suporte dos parentes próximos é essencial (PEREIRA; RANCON, 2010). Entretanto, é recorrente a dificuldade das famílias no sentido de entender e reconhecer as alterações de um ente próximo. De acordo com Pereira e Rancon (2010), o excesso de zelo e os cuidados da família podem tornar o idoso menos ativo e rapidamente dependente e incapaz. Em alguns casos, os idosos são impedidos de realizar funções que ainda são aptos a exercer. Em outros, não passam de um “à toa” e, ao idoso, são atribuídas inúmeras incumbências e responsabilidades, sem qualquer preocupação com as limitações da idade.

O modo como a relação família-idoso se desenvolve vai depender da organização familiar, ou seja, se o idoso é o provedor financeiro do lar, é visto com um pouco mais de atenção e respeito. Mas, se essa pessoa é apenas um integrante da casa, a relação familiar pode sofrer sérias alterações diante do aparecimento de patologias. Ainda assim, o relacionamento familiar é reconfigurado se o idoso, devido aos problemas de saúde, necessitar de cuidados especiais, pois isso, certamente, mudará a rotina doméstica da família e suas atividades e relações sociais (FERREIRA; SIMÕES, 2011; PEREIRA; RANCON, 2010).

As relações familiares são delineadas também pelo conjunto das experiências de vida, das circunstâncias históricas específicas que afetam os indivíduos ao longo de suas vidas e variam de acordo com a cultura compartilhada por cada família (DEBERT; SIMÕES, 2013; FALLER *et al.*, 2017). Por exemplo, para os libaneses, orientados pela religião, educação recebida e pela cultura, a responsabilidade de cuidar do idoso é atribuída a todos os membros da família e não a terceiros. Na China, o cuidado com os pais deve ser transmitido entre as gerações, pois faz parte da cultura oriental. Segundo essa cultura, o filho que foi bem-educado e cuidado, cuidará bem dos pais. Já para os franceses, predomina a concepção de que os idosos devem viver em instituições especializadas para que os filhos possam trabalhar e produzir (FALLER *et al.*, 2017). Dessa forma, para cada família, o envelhecimento possui diferentes valores e particularidades, podendo representar

tanto satisfação quanto tristeza e aflição para a relação familiar e para o idoso (DEBERT; SIMÕES, 2013).

De acordo com Ferreira e Simões (2011), o relacionamento afetivo, assim como o relacionamento familiar, é de suma importância para a vida do idoso. Interações afetivas devem ser mantidas ou estabelecidas, independentemente da idade, da condição física e das limitações. Quando se faz referência à sexualidade do idoso, é notória a existência de preconceitos, mitos e tabus expostos a respeito desse assunto (UCHÔA *et al.*, 2016). Ignora-se que, durante a velhice, os indivíduos possam ter interesses e desejos sexuais. O envelhecimento fisiológico, os aspectos religiosos e a inversão dos papéis sociais fortalecem o estigma do idoso “assexuado” e inibem os mesmos de explorar seus desejos (UCHÔA *et al.*, 2016).

Como já visto no tópico sobre o envelhecimento biológico, a alteração na função erétil nos homens e a disfunção sexual nas mulheres culminam em diminuição da libido sexual e lubrificação. Aliado a isso, o interesse sexual na Terceira Idade é visto como pecado por certas religiões (UCHÔA *et al.*, 2016). Em alguns casos, os idosos são rotulados pejorativamente: quando homem, de tarado, e, no caso da mulher, de vulgar (TORRES, 2006). Mas, segundo Santana *et al.* (2014), os familiares e as pessoas próximas aos idosos são os primeiros a negar o interesse sexual deles, associando esse desejo a *déficits* cognitivos. Outro agravamento decorre da modificação dos papéis sociais, que induzem tanto a sociedade quanto os familiares a perceberem o idoso como “indivíduo à espera da morte”. Entretanto, a sexualidade, conforme Uchôa *et al.* (2016), não se refere somente ao ato sexual, ela está relacionada com os sentimentos e com os afetos. Dessa forma, a manutenção da sexualidade na velhice pode configurar um modo de o idoso se sentir vivo e também uma busca de prazer, companhia e compartilhamento do amor.

Este tópico fez uma breve exposição das mudanças ocorridas no âmbito social do idoso, mostrando que a sociedade e a cultura influenciam nas relações que o idoso estabelece, acarretando consequências positivas ou negativas. Assim, cada sociedade constrói o papel social do idoso, criando componentes de interação importantes para um envelhecimento com qualidade. Para compreender esse processo, faz-se necessário discutir as condições oferecidas aos idosos, a fim de que eles possam desfrutar de uma velhice bem-sucedida (PAPALIA; FELDMAN, 2013). Nesse sentido, o próximo tópico discute o envelhecimento ativo e sua importância para a população idosa.

### 3.2 ENVELHECIMENTO ATIVO: ATIVIDADE FÍSICA E EXERCÍCIOS FÍSICOS EM IDADES AVANÇADAS

Visando um envelhecer com mais qualidade de vida, a OMS (2005) propõe a criação do Envelhecimento Ativo. Ações e Políticas públicas nesse sentido são organizadas, alicerçadas em três importantes bases: segurança, saúde e participação (OMS, 2005).

A segurança abordada nos programas sociais e nas políticas públicas refere-se ao direito dos idosos à segurança física, social e financeira, ou seja, a esses indivíduos, ficam asseguradas a proteção, a integridade e a assistência financeira sempre que carecerem (OMS, 2005). A aposentadoria pode ser considerada como um dos fatores de seguridade mais importante para os idosos, relacionando-se com a autonomia e a independência na velhice (FERREIRA *et al.*, 2012).

Segundo dados da OMS (2005), a saúde pode ser entendida como um completo bem-estar físico, mental e social. Para tanto, são essenciais ações e programas que propiciem meios para manter reduzidos os fatores de risco para patologias e incapacidades (por exemplo, combate ao alcoolismo e tabagismo), e que, igualmente, proporcionem cuidados básicos, tratamentos médicos e serviços assistenciais que atuam na saúde, influenciando qualidade e quantidade de vida durante a velhice.

Assim, é muito importante que, durante a Terceira Idade, as atividades sociais ainda sejam desempenhadas, mesmo que essas não sejam remuneradas. Nesse sentido, as políticas públicas devem incentivar participações em programas educacionais, socioeconômicos, culturais e religiosos, permitindo aos idosos contribuírem para a sociedade e para si próprios (OMS, 2005). Para tanto, a OMS (2005) ainda reforça que relacionar-se socialmente é de grande valia para que o envelhecimento ocorra de maneira bem-sucedida.

Percebe-se, então, que é dever das sociedades e governantes implementar programas e políticas de Envelhecimento Ativo, com objetivo de promover benefícios nas áreas da segurança, saúde e participação da população idosa. Essas ações devem ser fundamentadas, levando-se em consideração as urgências, as capacidades e os direitos dos idosos. Segundo dados da OMS (2005), o Envelhecimento Ativo reporta-se não somente a indivíduos, mas também a grupos



populacionais, tendo como objetivo principal viver mais, de forma saudável e com qualidade, por meio da implantação de ações em diversas áreas, entre elas destacamos a prática de atividades físicas.

A atividade física pode ser compreendida como qualquer movimento corporal, produzido pela musculatura esquelética de forma voluntária, em gastos energéticos maiores que os níveis de repouso (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSEN, 1985). Assim sendo, as atividades físicas englobam a totalidade de movimentos corporais sob diversas práticas, podendo ser exemplificada por jogos, lutas, danças, esportes, atividades laborais, cotidianas e exercícios físicos (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSEN, 1985; PITANGA, 2002).

Diante dos benefícios de os idosos serem fisicamente ativos, a OMS (2010), na tentativa de combater o sedentarismo, estabeleceu algumas recomendações com intuito de incentivar a prática de atividade física regular, objetivando que os idosos tenham uma vida saudável e com mais qualidade ao longo de toda vida.

Para adultos e idosos, aqueles com 65 anos ou mais, atividade física compreende atividades de transporte (caminhada ou ciclismo), ocupacionais (trabalho, no caso dos idosos se ainda tiverem trabalhando), lazer (danças, jardinagem, passeios), afazeres domésticos, esportes ou exercícios programados, tarefas domésticas, brincadeiras, jogos, esportes ou exercícios planejados, no contexto social, familiar e no dia a dia. Ser fisicamente ativo tanto na vida adulta quanto na velhice beneficia a saúde óssea e muscular, melhora a aptidão cardiovascular, além de reduzir os sintomas de depressão, os declínios cognitivos e os fatores de risco para doenças não transmissíveis (ALVES; FREITAS, 2016; OMS, 2010). A recomendação mínima de atividade física para essas faixas etárias é de 150 minutos semanais, realizados ao longo da semana (OMS, 2010).

Como já visto anteriormente, a atividade física compreende inúmeras práticas. Essas podem ser realizadas de forma espontânea e involuntária, como as contrações musculares, ou ainda, serem planejadas e estruturadas, por exemplo, os exercícios físicos. Assim sendo, os exercícios físicos podem ser uma alternativa para se atingir os níveis recomendados de atividade física (OMS, 2010). Diante disso, podem ser conceituados como uma subcategoria da atividade física, sendo realizados de forma planejada, estruturada, repetitiva e intencional. Essa prática tem como meta

a manutenção e/ou melhoria de um ou mais componentes físicos (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSEN, 1985).

Atualmente, o exercício físico é apontado como uma das práticas mais importantes para a humanidade, sendo considerado um método bem eficiente para manutenção e promoção da saúde e da qualidade de vida (GUDLAGSSON *et al.*, 2012; HÖTTING; RÖDER, 2013), ou seja, essa prática se relaciona com o bem-estar físico e psicológico, influenciando, de forma positiva, as relações afetivas e sociais em todas as idades (OMS, 2010).

De fato, exercitar-se, regularmente, é fundamental em todas as fases do desenvolvimento humano. A OMS (2010) recomenda que essa prática seja iniciada na infância e juventude, devendo ser mantida até as idades mais avançadas. Devido ao aumento da população idosa e da busca por envelhecer com qualidade, o exercício físico ganha destaque na Terceira Idade e torna-se fator essencial para a prevenção das doenças comuns nessa fase da vida, que levam à dependência funcional e perda de autonomia, e também para a organização de programas e políticas públicas, cujo objetivo é a promoção da saúde, resultando em benefícios biológicos e psicossociais para os idosos.

É importante que, na prescrição de exercícios para idosos, sejam incluídos exercícios aeróbicos, de fortalecimento muscular, de flexibilidade e de equilíbrio (AMERICAN COLLEGE OF SPORT MEDICINE, 2009).

Os exercícios aeróbicos são as atividades realizadas de forma contínua, por um período de tempo prolongado. Essa modalidade trabalha grandes músculos, que utilizam, predominantemente, o sistema oxidativo, oxigênio, como fonte de energia. Entre eles, podem ser destacados corrida, caminhadas, natação, entre outros. O *American College of Sport Medicine* (ACSM, 2009) recomenda que esses exercícios devem ser realizados com intensidade de moderada a vigorosa, por, no mínimo, de 30 a 60 minutos diários, pelo menos de 3 a 5 dias por semana. Entre os benefícios atrelados a essa prática, destacam-se: a) modificações favoráveis no peso e composição corporal, isto é, diminuição da massa gorda, do peso corporal e da gordura intra-abdominal (GUDLAUGSSON *et al.*, 2012); b) manutenção e melhora das funções cardiovasculares e pulmonar, ou seja, aumento da frequência cardíaca máxima (FERREIRA *et al.*, 2017) e do consumo máximo de oxigênio ( $VO_{2max}$ ) (SILLANPÄÄ *et al.*, 2012) e redução da pressão arterial (GUDLAUGSSON *et al.*, 2012).

Exercícios de flexibilidade englobam as atividades que mantêm ou aumentam a flexibilidade, ou seja, o grau de amplitude de uma ou mais articulações. Podem ser destacados os alongamentos sustentados e os movimentos estáticos (BARBANTI, 2011). A recomendação é que sejam realizados com intensidades moderadas por, no mínimo, dois dias por semana. Como consequência do envelhecimento, os músculos, os tendões e as articulações tornam-se mais rígidos, causando limitações físicas e incapacidades nos idosos. A prática de exercícios que promovam aumento da flexibilidade é eficaz no combate a dores, além de diminuir o risco de lesões e quedas (ACSM, 2009; NI; MOONEY; SIGNORELI, 2016).

Atividades em que os músculos se contraem contra uma resistência gradual e externa são chamados de exercícios de resistência. Esses devem ser adotados em uma frequência de duas ou mais vezes por semana, com intensidades variando de moderada a vigorosa, dependendo da necessidade e da capacidade dos indivíduos. Englobam treinamentos progressivos com peso ou exercícios da ginástica, incluindo outras atividades de fortalecimento que usam os principais grupos musculares. Aumentos na força, massa e/ou resistência muscular, diminuídos no processo de envelhecimento, são benefícios associados a tal prática (HARALDSTAD *et al.*, 2017).

Os exercícios de força, por sua vez, diferem dos exercícios de resistência quanto ao número de repetições e séries, tipo de contração e quantidade de carga utilizada (BARBANTI, 2011; MENDES; SOUSA; BARATA, 2011). Os mais comuns envolvem mobilização de cargas, que é o caso da musculação, mas outras formas de resistência podem proporcionar a manutenção da força muscular. O treinamento de força está associado à manutenção e/ou aumento da massa e força muscular (HARALDSTAD *et al.*, 2017), progressos na função articular e óssea (ILIFFE *et al.*, 2015), nas funções cardiovasculares e também metabólicas (PINTO; LUPI; BRENTANO, 2011), favorecendo aspectos essenciais para um envelhecimento mais saudável, por exemplo, a manutenção da capacidade funcional (HARALDSTAD *et al.*, 2017; SOLBERG *et al.*, 2014).

Os exercícios de equilíbrio são recomendados para pessoas com histórico recente de quedas e para as com problemas de locomoção (EL-KHOURY *et al.*, 2015; VOLPE *et al.*, 2013). Devido ao número reduzido de evidências de pesquisa, atualmente, não há recomendações específicas com relação ao tipo de exercício, intensidade ou frequência própria para a Terceira Idade. O ACSM (2009), contudo,

recomenda o uso de atividades que incluam: a) posturas progressivamente difíceis que reduzam, de modo gradual, a base de suporte (por exemplo, apoio de duas pernas, apoio com um pé na frente outro atrás, apoio de uma perna; b) movimentos que perturbam o centro de gravidade (por exemplo, caminhada com um pé na frente outro atrás e andar em círculos); c) atividades com foco em grupos musculares posturais (calcanhares e panturrilhas); e d) exercícios que buscam reduzir os sentidos (por exemplo, ficar em pé com os olhos fechados) (ACSM, 2009).

Para que os idosos sejam beneficiados, um programa de exercício deve ser adicionado a sua rotina diária. Esse programa deve conter um ou mais exercícios que atendam às necessidades e aos anseios de cada indivíduo; além do mais, a intensidade e a duração de cada modalidade devem ser específicas. Em casos de idosos sedentários, com baixo condicionamento físico, alguma limitação ou incapacidade, tanto a frequência quanto a duração, inicialmente, devem ser baixas e a progressão dessas atividades devem ocorrer de forma individualizada, de acordo com as limitações e as predileções. Para aqueles que almejam maiores resultados, a fim de melhorar sua condição física, a quantidade mínima de atividade física recomendada deve ser superada. Caso não seja possível atingir as recomendações devido às incapacidades e limitações crônicas, as atividades devem ser realizadas segundo a tolerância de cada um, visando sempre evitar o sedentarismo.

Além dos benefícios biológicos, o exercício físico traz melhorias no âmbito psicossocial. Com a inversão dos papéis sociais, limitações físicas e cognitivas, bem como a diminuição das relações sociais e afetivas, os idosos tendem a se isolarem. Os programas de exercícios físicos em grupo podem ser uma das formas mais importantes para que as pessoas possam se relacionar tanto social quanto afetivamente (SALES *et al.*, 2015). Desse modo, manter-se ativo na Terceira Idade pode ser um meio de aumentar a convivência social, quer por meio de amizades, trocas de experiências e/ou relacionamentos amorosos. Segundo Winters-Stone *et al.* (2016), um maior convívio com pessoas pode levar a um melhor relacionamento familiar e social, além de influenciar, de forma positiva, no autoconceito, bem-estar emocional, reduzindo os sentimentos negativos (em relação a si próprio e à velhice) e o isolamento social.

Doenças como depressão, ansiedade e transtornos de humor são bem comuns na Terceira Idade. Além de causar o isolamento social, estão associadas à incapacitação física e a doenças mentais (GRUBBS *et al.*, 2016). Essas patologias

também se relacionam com a baixa autoestima e maior dificuldade de adaptação à velhice. Segundo Giroto *et al.* (2013), a prática regular de exercícios físicos se mostra um meio de baixo custo econômico, não farmacológico e eficiente, tanto para a prevenção quanto para o tratamento dessas e de outras patologias, pois, além de prevenir o declínio funcional, atua, positivamente, na autoestima e autoconfiança, resultando em uma melhor percepção de saúde e qualidade de vida.

Os componentes cognitivos também são beneficiados, entre eles podem ser destacados a memória, a velocidade de processamento mental e o raciocínio, sendo que isso ocorre tanto em idosos saudáveis quanto naqueles acometidos por problemas que causam deterioração das funções cognitivas. Dessa forma, a adoção de um estilo de vida ativo influencia a vida do idoso favoravelmente, além da aprendizagem, a resolução de problemas diários e complexos (DIAS; SILVA; LIMA, 2012). Acrescenta-se, também, a agilidade nos movimentos e no processamento de informações (DIAS *et al.*, 2015), permitindo maior independência funcional e autonomia.

Além dos benefícios apresentados neste estudo, o exercício físico pode ser fundamental na prevenção da fragilidade em idosos, sobretudo nos de idade mais avançada. De acordo com Fried *et al.* (2001), a fragilidade pode ser definida como uma síndrome em que ocorre a queda de energia gradativamente, baseada em um tripé de alterações relacionadas ao envelhecimento, composto, principalmente, por sarcopenia, desregulação neuroendócrina e disfunção imunológica. É caracterizada por fadiga, perda de peso, baixa força de preensão manual, lentidão da marcha, redução das atividades físicas e diminuição das relações sociais (FRIED *et al.*, 2001; PEREIRA; BORIM; NERI, 2017). Ainda, essa síndrome apresenta natureza multifatorial, com diminuição das reservas de energia e resistência reduzida aos estressores (FRIED *et al.*, 2001), favorecendo os episódios de quedas e aumento de doses de medicamentos. Assim, a fragilidade tem sido associada a um maior número de quedas e fraturas, incapacidade, declínio funcional, hospitalização, institucionalização e morte (FRIED *et al.* 2001; DE VRIES *et al.*, 2012; PEREIRA; BORIM; NERI, 2017). Devido às suas consequências, a síndrome da fragilidade tem grande impacto na saúde e no bem-estar dos idosos.

Rogers *et al.* (2017) investigaram se a intensidade da atividade física (sedentária, moderada ou intensa) autorreferida, realizada pelo menos uma vez na semana, pode ser significativa para reduzir a fragilidade em idosos com idade

avançada. Observaram que idosos saudáveis necessitam de intensidades moderadas para continuarem saudáveis, enquanto os idosos frágeis necessitam de atividade física mais vigorosa, especialmente os de idades mais avançadas (75 anos ou mais). Em um estudo composto por mulheres entre 75 e 85 anos, El-Khoury *et al.* (2015) assinalam que mulheres idosas as quais optaram por um programa de treinamento coletivo baseado em exercícios de equilíbrio e flexibilidade, com intensidades de moderada a intensa, obtiveram resultados satisfatórios na redução da fragilidade, isto é, os benefícios foram percebidos no desempenho da marcha e no equilíbrio, com redução do risco e incidência de quedas. Além disso, os exercícios foram capazes de promover maior contato social. Segundo os autores, a maior interação com outras mulheres da mesma faixa etária pode ser um dos fatores motivadores para a prática regular de exercícios físicos.

Em estudos realizados por MacNamara *et al.* (2015), a socialização foi indicada como fator importante para idosos com doenças pulmonares obstrutivas crônicas aderirem a exercícios aquáticos. Esses exercícios, além de promoverem maior interação entre pessoas com a mesma condição física, em que a troca de experiências pode ser benéfica, atuam reduzindo os sintomas e auxiliam no tratamento dessas doenças, sobretudo porque o meio aquático possui propriedades benéficas, como a flutuabilidade, que pode beneficiar pessoas com condições crônicas que limitam sua capacidade de praticar exercícios terrestres. Avelar *et al.* (2018) afirmam que a preferência por exercícios aquáticos na Terceira Idade pode se dar devido à possibilidade de aumento de sobrecarga sem o risco de quedas ou risco diminuído de lesões e também por um maior conforto devido à temperatura adequada da água.

Além dos exercícios aquáticos, os exercícios realizados em casa têm sido uma alternativa no caso de patologias e/ou incapacitações graves (KERSE *et al.*, 2010). Li *et al.* (2015) avaliaram um programa de exercícios domiciliares em idosos com idades superiores a 75 anos, acometidos por doenças cardiovasculares, que haviam recebido alta hospitalar. Esse programa era composto por exercícios de flexibilidade e exercício aeróbico na forma de caminhada, realizados com intensidades variando de leves a moderadas, de acordo com as especificidades de cada indivíduo. Após 12 semanas de prática, os autores observaram melhorias na qualidade de vida e na aptidão física dos idosos. Vale lembrar que uma melhor aptidão física está relacionada a uma melhor mobilidade e independência, características essenciais

para a preservação da capacidade de realizar atividades diárias em idades avançadas (PATERSON; WARBURTON, 2010).

Embora programas domiciliares de treinamento com exercícios de alta intensidade possam trazer benefícios para a saúde física dos idosos mais velhos recém-saídos do hospital (BROVOLD; SKELTON; BERGLAND, 2013), a intensidade não precisa ser alta para reduzir o risco de desenvolver doenças cardiovasculares ou metabólicas crônicas (DE VRIES *et al.*, 2012), bem como atenuar oscilações de humor e sintomas depressivos (KERSE *et al.*, 2010).

Outro tipo de exercício que vem sendo praticado e bem aceito pelos idosos são aqueles baseados em jogos eletrônicos. Strand *et al.* (2014) verificaram que esses jogos, além de proporcionarem maior socialização, podem estimular a interação entre os idosos e gerações mais jovens, promover maior motivação para a prática de exercícios físicos, reduzir os níveis de sedentarismo. Também tendem a melhorar a saúde subjetiva e diminuir a incidência de doenças crônicas e deficiência na velhice; os idosos sedentários e aqueles com idades superiores a 70 anos, contudo, tiveram resultados mais expressivos em relação aos ativos e aos idosos mais jovens. Esses fatores atuam de forma positiva no bem-estar, na velhice (SOWLE *et al.*, 2016; STRAND *et al.*, 2014).

Outros exercícios estão associados ao bem-estar positivo em indivíduos acima dos 70 anos, entre os quais se destacam exercícios funcionais, de força e de resistência (SOLBERG *et al.*, 2014). Como já visto nesta seção, os benefícios do treinamento de força e de resistência para os idosos são bem aceitos, encontram-se descritos na literatura e estão diretamente ligados a um envelhecimento bem-sucedido (OMS, 2010). Apesar desses benefícios, alguns autores, ao trabalharem com uma população acima dos 70 anos, têm preferido utilizar os treinamentos de força e resistência conjuntamente no trabalho com idosos (GUDLAUGSSON *et al.*, 2012, PATIL *et al.*, 2015). Outros ainda preferem indicar o trabalho conjugado de exercícios de resistência e aeróbicos (GJOVAAG; SYLLIAAS, 2017). Desse modo, a associação de um ou mais tipos de exercícios em um mesmo programa pode ser chamada de treinamento combinado ou treinamento multimodal.

Gudlaugsson *et al.* (2012) avaliaram o treinamento combinado (treinamento de resistência diário e treinamento de força duas vezes na semana) durante uma intervenção de 6 meses, seguido por 12 meses de acompanhamento, realizado por dois grupos de idosos acima de 70 anos, com as mesmas condições de saúde. As

intervenções ocorreram em momentos distintos, e a fase de acompanhamento foi a mesma para ambos os grupos. O resultado desse estudo indica que houve melhorias significativas na capacidade funcional, devido a aumentos na resistência e na força muscular, melhoria no nível de atividade física, redução no Índice de Massa Corporal (IMC), assim como o aumento e a manutenção da qualidade de vida em indivíduos mais velhos por um período de tempo relativamente longo.

Em suma, o exercício físico pode ser benéfico na prevenção e na manutenção dos declínios decorrentes das idades mais avançadas. Ser fisicamente ativo nessa faixa etária pode ser benéfico para o bem-estar geral do idoso, melhorando a condição de saúde física e cognitiva, promovendo maior interação social, preservando a autonomia e independência, além de promover uma melhor qualidade de vida aos idosos velhos. Todavia, ainda são escassos os estudos sobre exercício físico na velhice avançada.

Uma revisão realizada por Souza, Carvalho e Ferreira (2018) mostra que os exercícios combinados são mais comuns para essa fase da vida. Esses exercícios podem ser administrados de forma individual ou coletiva, bem como serem realizados em ambientes públicos, privados ou nas próprias residências. Os benefícios são os mais diversos, desde redução do IMC (NAPOLI *et al.*, 2014), melhora na capacidade funcional (GUDLAUGSSON *et al.*, 2012; GRUBBS *et al.*, 2016), na capacidade cardiovascular (SILLANPÄÄ *et al.*, 2012), na incidência e no risco de quedas (EL-KHOURY *et al.*, 2015; ILIFFE *et al.*, 2015), maior interação social (SALES *et al.*, 2015; WINTERS-STONE *et al.*, 2016), melhoras no desempenho da marcha (SALES *et al.*, 2015), entre vários outros fatores. Vale lembrar que a maioria dos estudos abordam os exercícios físicos na Terceira Idade de forma generalizada, ou seja, como se todos os indivíduos estivessem vivenciando a mesma fase da senescência, o que pode ser apontado como um erro metodológico, tendo em vista que diversas mudanças ocorrem durante a velhice. Essas alterações podem limitar ou reduzir a realização de certos movimentos e também modificar a preferência por determinadas modalidades.

Diante do exposto, pode-se afirmar que o exercício físico traz benefícios para as pessoas na Terceira Idade, pois atua de maneira favorável na saúde física, psicológica e social. Por conseguinte, ser fisicamente ativo contribui para a redução dos fatores de risco e sintomas patológicos, aumenta sentimentos positivos e componentes cognitivos importantes para a manutenção da autonomia e independência por um período maior de tempo. Além disso, um maior contato social



beneficia as relações sociais, afetivas e familiares do idoso, sendo esses importantes componentes para a qualidade de vida. Dessa maneira, nos próximos tópicos, serão abordados os aspectos gerais de qualidade de vida e como esse constructo social e cultural se desenvolve na velhice avançada.

### 3.3 QUALIDADE DE VIDA

#### 3.3.1 Conceitos e avaliação

A qualidade de vida é um tema amplamente discutido na atualidade, sendo parte integrante de diversas áreas de conhecimento, podendo assumir diferentes significados. De acordo com Post (2014), esse tema, além de ser vislumbrado a partir de diferentes perspectivas, baseia-se nas experiências de vida, nos conhecimentos adquiridos e nos valores e critérios individuais e coletivos, sendo, portanto, um constructo social e cultural.

De acordo com Wood-Dauphinee (1999), inicialmente, a qualidade de vida foi empregada para criticar sistemas políticos, cujo objetivo era o crescimento econômico sem limites, que, a longo prazo, poderia causar sérios danos ao meio ambiente e às condições de vida dos indivíduos. Ter uma boa condição de vida significava ascendência econômica; desse modo, a qualidade de vida estava diretamente ligada a recursos materiais, isto é, à obtenção de bens. Com o fim da Segunda Guerra Mundial, em 1945, sob influência do pensamento utilitário e dos princípios do bem-estar social, a economia e as políticas sociais foram reformuladas em termos de bem-estar, qualidade de vida e felicidade. Nessa mesma época, ocorreu modificação do conceito de saúde pela OMS, por meio da inclusão da noção de bem-estar emocional, social e físico, atuando de forma positiva nas discussões sobre a viabilidade de se avaliar o bem-estar (MUSSCHENGA, 1997).

Segundo Farquhar (1995), um importante marco foi a inclusão da qualidade de vida como meta prioritária no relatório da Comissão dos Objetivos Nacionais do Presidente Eisenhower, em 1960. Esse relatório relacionava a qualidade de vida à educação, ao crescimento individual e econômico, à atenção com a saúde e o bem-

estar econômico dos americanos. Nesse contexto, movimentos sociais e projetos políticos surgem em solo americano, propiciando pesquisas a respeito dessa temática com intuito de reunir dados concretos para formulação de políticas sociais efetivas. Assim, o conceito e os indicadores de qualidade de vida foram se expandindo em países ocidentais. Em conjunto com moradia, transporte, lazer, condições de saúde e trabalho, foram incluídos os níveis de poluição ambiental, a mortalidade infantil, a expectativa de vida, o saneamento básico, o nível educacional, entre outros indicadores, sendo que esses foram denominados “indicadores objetivos de qualidade de vida” (FARQUHAR, 1995). Contudo, mediante a expansão e a evolução do conceito, esses indicadores foram se tornando insuficientes para mensurar a qualidade de vida das pessoas. Musschenga (1997) aponta para a necessidade de avaliar o quanto cada indivíduo estaria satisfeito ou insatisfeito com a qualidade de sua vida, surgindo, desse modo, a qualidade de vida subjetiva, ou seja, somente o próprio indivíduo é capaz de realizar julgamentos sobre sua vida.

Nessas circunstâncias, o termo “qualidade de vida” foi introduzido nas pesquisas sociais como um termo vasto relacionado às diversas áreas do conhecimento, entre elas destacam-se a Psicologia, a Sociologia, a Antropologia, a Medicina e a Economia. Diante disso, o estudo da qualidade de vida passou a ser tema central de inúmeras pesquisas, de maneira que melhorar a qualidade de vida tornou-se a meta mais desejável em diversas políticas, especialmente na área da Saúde. Todavia, segundo Farquhar (1995), devido à sua complexidade e por ser foco em diferentes áreas de estudo, a falta de consenso conceitual é um dos maiores desafios da qualidade de vida. Suas definições na comunidade científica, além de aparecerem de forma ampla, isto é, mais globalizada, destacando a satisfação geral com a vida, apresentam-se também divididas em componentes, que, em conjunto, indicariam uma aproximação do conceito geral. O autor destaca, ainda, que a maneira como a qualidade de vida é entendida e a escolha dos indicadores relacionam-se, diretamente, aos interesses políticos e científicos de cada campo de estudo, bem como a viabilidade de avaliação, mensuração e operacionalização.

Day e Jankey (1996) classificam os estudos sobre qualidade de vida de acordo com 4 abordagens gerais: socioeconômica, psicológica, biomédica e geral ou holística. A abordagem socioeconômica é derivada do nível de ascensão econômica de cada país e como esse se refere a aspectos importantes para o desenvolvimento da população. O desenvolvimento econômico não se faz de forma igualitária, uma vez

que traz consigo certas questões que podem afetar, diretamente, a população, como, por exemplo, o aumento da criminalidade. Essa criminalidade pode originar-se pela dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde, à moradia, à educação e à renda. Portanto, a qualidade de vida, sob a ótica socioeconômica, tem como meta investigar os indicadores econômicos e sociais que atuam, diretamente, na vida da população (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Pensar só nos indicadores sociais, ou objetivos, segundo Day e Jankey (1996), não remete, inteiramente, à qualidade de vida, porquanto, é preciso considerar os fatores subjetivos (psicológicos). A abordagem subjetiva diz respeito à forma como os indivíduos ou um grupo de pessoas reagem às experiências e trajetórias de vida. Essa abordagem refere-se à percepção e ao julgamento sobre suas próprias vidas e a sentimentos como gratidão, felicidade e satisfação. Desse modo, precisa ser investigada e analisada, a partir de uma comparação entre a vida atual, as metas e os desejos do indivíduo de um grupo. Vale lembrar que uma limitação dessa abordagem é a seguinte: o contexto social em que o indivíduo está inserido não é considerado quando se investiga a qualidade de vida sob essa ótica (DAY; JANKEY, 1996).

As abordagens biomédicas focam no tratamento de enfermidades e fatores de risco associados às patologias, priorizando melhorias na condição de vida de pessoas enfermas. Atualmente, os estudos na área médica utilizam significados diferentes para a qualidade de vida, associando-a ao funcionamento social e às condições de saúde (OMS, 2005). Nessa perspectiva, a qualidade de vida não se refere somente à cura ou sobrevivência, mas reporta-se, também, a uma avaliação subjetiva do paciente e de que forma o estado de saúde tem impacto na vida dessa pessoa (DAY; JANKEY, 1996).

Por último, as abordagens gerais ou holísticas remetem ao conceito amplo de qualidade de vida, abrangendo várias facetas. Importante enfatizar que esse conceito não seja baseado somente nas premissas de saúde, mas considerado sob diferentes perspectivas. Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000), a qualidade de vida é uma construção social, influenciada pelo momento histórico e pela cultura de cada sociedade, concebida a partir de fatores objetivos e subjetivos, ou seja, é associada à sensação de bem-estar e satisfação encontrada na vida familiar, amorosa, social, ambiental e existencial. Portanto, difere de pessoa para pessoa, de acordo com o período histórico e cenário social em que está inserida, e até nas pessoas que se encontram em contextos e condições similares.

Diante da variedade de conceitos e abordagens, nesta pesquisa, será abordada a qualidade de vida relacionada à saúde, em que os conceitos mais difundidos nessa perspectiva se aproximam da abordagem geral ou holística. Segundo Seidl e Zannon (2004), embora as definições de qualidade de vida relacionadas à saúde variem de um estudo para outro, todas incluem aspectos relevantes, tais como funcionalidade física e cognitiva, sintomas físicos e emocionais, estado geral de saúde, desempenho de papéis, atividade sexual e bem-estar social. Auquier, Simeoni e Mendizabal (1997) conceituam o termo como significação atribuída à vida, considerando as degenerações funcionais, as percepções e condições, que são motivadas pela patologia, pelos tratamentos e pela organização socioeconômica do sistema assistencial. Najman e Levine (1981) afirmam que a qualidade de vida relacionada à saúde é compreendida como a percepção subjetiva da saúde, bem-estar, função social, ausência de estresse psicológico ou sintomas orgânicos ou, ainda, a combinação desses parâmetros para cada pessoa.

Na tentativa de contextualizar e abranger os vários aspectos da vida humana, um grupo de especialistas em qualidade de vida da OMS definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações” (WHOQOL GROUP, 1995, p. 1405). Considerando a qualidade de vida como um conceito bastante amplo, que engloba o estado psicológico, a saúde física, o nível de independência, as crenças pessoais, as relações sociais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente. De acordo com os especialistas, esse constructo se relaciona com as metas, as expectativas, os padrões e as responsabilidades individuais, podendo ser subdividido em 3 características principais: bipolaridade, subjetividade e multidimensionalidade (WHOQOL GROUP, 1995).

A bipolaridade propõe uma análise da qualidade de vida por meio de 2 (duas) dimensões distintas, uma positiva, outra negativa, e pode ser empregada na análise dos papéis sociais, da mobilidade, da autonomia, da independência, da fadiga e da dor. A qualidade de vida, pela ótica subjetiva, é vista como um conceito abstrato, que pode assumir inúmeros significados. Por esse motivo, relaciona-se com diversos interesses e pontos de vista, que podem se modificar de acordo com o momento histórico, a sociedade, a cultura, a classe social, o grau de instrução (PASCHOAL, 2016), isto é, a qualidade de vida depende da percepção do indivíduo. Mas, segundo

dados da WHOQOL GROUP (1995), além dos aspectos subjetivos, as condições objetivas ou externas, por exemplo, as condições financeiras e de saúde, influenciam na percepção, ou seja, no julgamento que cada indivíduo faz de sua própria qualidade de vida (PASCHOAL, 2016). Essa característica pode ser percebida quando 2 (dois) ou mais indivíduos vivenciam contextos iguais ou são expostos aos mesmos fatores externos, e cada um desenvolve uma percepção diferente do outro. Por exemplo, embora as condições financeiras sejam relativamente iguais, nem todos estarão satisfeitos, mostrando que existe uma percepção individual (IRIGARAY; TRENTINI, 2009).

Assim, entender a multidimensionalidade é compreender que a qualidade de vida pode ser observada por diferentes ângulos. Paschoal (2016) afirma que esse constructo inclui pelo menos três dimensões: social, física e psicológica. A dimensão social diz respeito à percepção dos papéis sociais que as pessoas exercem e das relações sociais estabelecidas. A dimensão física engloba a percepção do indivíduo sobre a própria capacidade e sua condição física; já a psicológica refere-se à percepção que cada indivíduo tem sobre seu estado afetivo e cognitivo.

Segundo Paschoal (2016), duas outras características podem ser atribuídas à qualidade de vida: a complexidade e a mutabilidade. A complexidade se deve à natureza multidimensional, bipolar e subjetiva do constructo, que torna difícil fazer avaliações na qualidade de vida. Em adição, a mutabilidade exprime a percepção da qualidade de vida varia de acordo com o tempo, o indivíduo e o contexto sociocultural.

Diante dos fatos, avaliar a qualidade de vida é de capital importância, especialmente durante a velhice, visto que, nessa fase, ocorrem diversas alterações: físicas, psicológicas e/ou sociais, que modificam a avaliação que os idosos fazem sobre sua vida, podendo levar a uma vida deteriorada. Sendo assim, faz-se necessário fazer uma investigação da qualidade de vida nos idosos.

### **3.3.2 Qualidade de vida e envelhecimento: idosos com idades avançadas**

Durante todo o ciclo de vida, os indivíduos vão-se modificando, vencendo consecutivas batalhas evolutivas, ganhando ou perdendo qualidade em suas vidas

(BEAUVOIR, 1970). Com objetivo de compreender a qualidade de vida para a Terceira Idade, é preciso levar em consideração as experiências do passado, as relações sociais atuais, as perspectivas e as expectativas entre o idoso e o contexto sociocultural em que está inserido. Isto é, nessa fase, a qualidade de vida se desenvolve a partir de componentes que estão inter-relacionados, sendo estabelecida à medida que os indivíduos e as sociedades evoluem (LAWTON, 1983). O autor apresenta um modelo em que a avaliação da qualidade de vida é baseada em 4 dimensões inter-relacionadas: condições ambientais, competência comportamental, qualidade de vida percebida e bem-estar subjetivo ou psicológico (LAWTON, 1983).

As condições ambientais fazem referência ao ambiente e à forma que o indivíduo percebe esse meio (LAWTON, 1983). O ambiente pode ser descrito tanto no contexto espacial (cidades, residências e instituições de repouso, entre outros), quanto no sentido social (composto pelas políticas públicas, questões de segurança, acessibilidade, entre outros). Além disso, exercem influência na capacidade de adaptação dos indivíduos, seja no âmbito comportamental, cognitivo e/ou afetivo-emocional (NERI, 2007). Para tanto, o cenário em que o idoso está inserido deve ser conciliável às habilidades e aptidões da pessoa, prevenindo incidentes, equilibrando as mudanças e perdas, promovendo independência e autonomia. Essa dimensão se associa à competência comportamental, visto que o ambiente atua como agente facilitador ou como uma barreira no desenvolvimento de atividades do cotidiano e na funcionalidade do idoso (BATISTONI, 2014).

A competência comportamental é considerada por Lawton (1983) como a avaliação socionormativa do desempenho, no que se refere à saúde física, à capacidade funcional e cognitiva, ao comportamento social e gerenciamento do tempo, ou seja, refere-se aos desempenhos e comportamentos adotados pelos indivíduos em determinadas situações cotidianas. Esses comportamentos são dependentes de sua maturação, isto é, dependem do desenvolvimento pessoal, das experiências obtidas, do estilo de vida adotado, das relações estabelecidas, bem como do contexto sociocultural em que o idoso está inserido (LAWTON, 1983), podendo facilitar ou dificultar a adaptação do indivíduo à velhice.

Assim, de acordo com Neri (2007), para se avaliar essa competência, é essencial considerar a capacidade de realização das atividades da vida diária (ações de autocuidado: arrumar-se, vestir-se e alimentar-se), atividades instrumentais da vida diária (necessárias à sobrevivência, como fazer compras, lavar roupas, utilizar

transporte). Importante considerar também as atividades avançadas da vida diária, que incluem atividades sociais e de lazer, que dependem da motivação, da predileção e das particularidades de cada indivíduo (dirigir carro, pintar quadro e exercitar-se). A capacidade de desenvolver essas atividades são pré-requisitos para a autonomia e a independência, podendo dificultar ou facilitar a adaptação à velhice.

A qualidade de vida percebida compreende a avaliação subjetiva que o indivíduo faz sobre sua vida, ou seja, refere-se à autoavaliação sobre seus desempenhos, baseada em seus próprios critérios e preceitos. Segundo Neri (2007), a avaliação que o idoso faz sobre competências comportamentais é o conteúdo primário da qualidade de vida percebida, sendo que componentes, tais como a autopercepção da saúde, relatos de doenças, consumo de medicamentos, dor e desconforto relatados, além de alterações percebidas na cognição e autoeficácia, funções física e cognitiva, fazem parte dessa dimensão.

O bem-estar subjetivo inclui medidas afetivas e cognitivas, ou seja, reflete os sentimentos e as avaliações que as pessoas desenvolvem a respeito da vida (DIENER *et al.*, 1985). Essa dimensão se inter-relaciona com todas as outras precedentes, ou seja, o bem-estar subjetivo reflete a relação entre as condições ambientais, a capacidade adaptativa e a percepção da qualidade de vida, sendo mediada pelos fatores socioeconômicos, histórico-culturais e pela genética. Essa temática será discutida com mais profundidade nas próximas seções.

Percebe-se, então, que a qualidade de vida, na velhice, deve ser analisada tanto sob os indicadores objetivos quanto subjetivos, sendo necessário levar em consideração toda a trajetória vivida e as experiências obtidas no decorrer dos anos. Segundo dados da OMS (2015), a qualidade de vida durante a velhice se relaciona mais significante com a promoção e a manutenção da saúde nos aspectos físicos, psíquicos, sociais e crenças (OMS, 2015). Portanto, saúde (MIRANDA; SOARES; SILVA, 2016; PEREIRA; NOGUEIRA; SILVA, 2015), capacidade funcional (BRITO; MENEZES; OLINDA, 2016; NUNES *et al.*, 2017), acessibilidade (PEDRAZA *et al.*, 2018; TIRAPHAT *et al.*, 2017), nível de atividade física (MORISAWA *et al.*, 2017), nível educacional (LUTHY *et al.*, 2015), as relações familiares e sociais (SANTIN-MEDEIROS *et al.*, 2016), bem como espiritualidade e religiosidade (NORONHA *et al.*, 2015), são de grande valia para os idosos.

Como já visto anteriormente, o processo de envelhecimento é acompanhado de doenças ou incapacidades que podem modificar a rotina cotidiana,

as relações sociais e afetivas, alterando, negativamente, a qualidade de vida dos idosos; contudo, Pereira, Nogueira e Silva (2015) demonstraram que, mesmo na presença de diversas patologias, tais como hipertensão, diabetes, osteoporose, ansiedade e doenças cardiovasculares, os idosos, em geral, relataram boa qualidade de vida. Miranda, Soares e Silva (2016) afirmam, em seu estudo, que o estado de saúde só influencia negativamente a qualidade de vida em casos de patologias graves que causam perda da funcionalidade. Os autores verificaram, também, que a idade avançada, 75 anos ou mais, foi associada a uma melhor percepção da qualidade de vida, indicando que os “idosos mais velhos” se adaptam às alterações decorrentes da velhice, enquanto os “idosos mais jovens” se deparam com o dilema do envelhecimento. Em outro estudo, Maués *et al.* (2010), envolvendo grupos de idosos jovens (60-70 anos) e muito idosos (85 anos ou mais), observaram que, apesar de a qualidade de vida para ambos os grupos ter sido considerada boa, a qualidade de vida não teve redução significativa no grupo de idosos mais velhos, indicando que ela não tende a diminuir com o avanço da idade.

Em adição, Layte, Sexton e Savva (2013), ao realizarem um estudo sobre os determinantes da qualidade de vida, em uma amostra irlandesa de indivíduos com idades superiores a 50 anos, descobriram que, para os idosos, aqueles com 65 anos ou mais, a saúde mental, as relações sociais, bem como a saúde, física, explicam mais de 60% da variação da qualidade de vida, tendo os problemas de saúde mental como o fator mais significativo para diminuição da qualidade de vida. Mesmo diante da deterioração da saúde física, os autores sugerem que a qualidade de vida pode permanecer alta, à medida que os indivíduos encontrem valor e desfrutem do que é oferecido em outras áreas da vida.

A incapacidade funcional exerce uma importante influência sobre a qualidade de vida dos idosos (BROVOLD; SKELTON; BERGLAND, 2013; BRITO; MENZES; OLINDA, 2016). Tavares e Dias (2012) investigaram 2.142 pessoas maiores de 60 anos, a fim de verificar a associação da qualidade de vida com o número de incapacidade funcional e de morbidade. Os autores observaram que, apesar de 98,3% dos idosos terem apresentado morbidades, 67,3% dos indivíduos autoavaliaram a qualidade de vida como boa, o mesmo pode ser percebido para a autossatisfação com a saúde, evidenciando que a maioria dos idosos, 64,4%, estavam satisfeitos. Segundo os autores, isso se deve ao fato de somente 26,7% dos idosos apresentarem alguma incapacidade funcional. Isto é, tanto as autoavaliação da



qualidade de vida quanto da saúde podem estar relacionadas a diversos fatores como independência, autonomia, satisfação, comportamento de busca e de viver bem (NUNES *et al.*, 2017). A qualidade de vida, quando avaliada por meio de um instrumento de autorrelato, relacionou-se, negativamente, em todos os seus domínios, com a incapacidade funcional e a prevalência de morbididades, ou seja, quanto maior o número de incapacidade funcional e de doenças apresentadas pelo idoso, menor sua qualidade de vida.

O estudo de Brito, Menzes e Olinda (2016) avaliou 420 indivíduos entre 60 e 104 anos, com objetivo de verificar a prevalência de incapacidade funcional entre idosos e sua associação com condições de saúde e prática de atividade física regular. Entre os resultados, os autores encontraram maiores prevalências de incapacidade funcional para ambos os sexos, sedentários, com estado nutricional inadequado. Eles referiram 4 ou mais doenças e autoavaliaram a saúde como ruim.

Nunes *et al.* (2017) avaliaram a prevalência de incapacidade funcional em pessoas acima de 60 anos portadores de algum tipo de patologia, concluindo que uma parcela bem expressiva dos idosos eram incapacitados, sobretudo para atividades instrumentais da vida diária (arrumar casa, ir a lugares distantes, fazer compras, preparar refeições, cuidar do dinheiro, usar telefone, tomar remédio e lidar com objetos pequenos). Segundo essa pesquisa, idosos com 75 anos ou mais apresentaram maior prevalência de incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais. De acordo com Hairi *et al.* (2010), o declínio funcional compromete 6% das funções biológicas em idosos entre 60 e 64 anos, alcançando cerca de 50% da capacidade fisiológica a partir dos 75 anos, justificando, assim, maiores taxas de incapacidade entre os mais velhos.

El-Khoury *et al.* (2015) investigaram a qualidade de vida de idosas com capacidade de locomoção e de equilíbrio reduzidos, que realizaram por 2 anos um programa de exercícios. Os autores observaram que a melhora no desempenho da marcha, no equilíbrio, resultando em menor risco e menor incidência de quedas, e maior participação social, relacionam-se, positivamente, com a qualidade de vida. De acordo com Taguchi *et al.* (2016), existe uma correlação entre risco de quedas e idade. A incidência anual de quedas em pessoas com mais de 65 anos é de 25% e 50% em pessoas com mais de 80 anos de idade. Estudos mostram que, em média, 30% das pessoas com mais de 65 anos caem pelo menos uma vez por ano e que as quedas são responsáveis, na grande maioria, por perda da independência e autonomia e por,

aproximadamente, 70% das mortes acidentais em pessoas com mais de 75 anos (HANMER *et al.*, 2010; BURNS; KAKARAM, 2018).

As quedas e outras limitações da idade podem causar perda da mobilidade em idosos. Cesar *et al.*, (2015) assinalam que a mobilidade dos idosos pode ser definida como sua capacidade de se deslocar de um lugar para outro de forma independente e segura. De acordo com os autores e corroborado por Silva, Pedraza e Menezes (2015), a mobilidade pode ser restringida por fatores individuais relacionados aos declínios decorrentes do processo de envelhecimento ou a fatores ambientais. Os fatores individuais englobam o comprometimento da flexibilidade e força muscular, maior rigidez do sistema articular, diminuição da condução nervosa e do débito cardíaco dos sentidos, entre vários outros fatores. Entre os fatores ambientais, os principais obstáculos referem-se às dificuldades de acesso ao transporte público e às irregularidades nas calçadas e ruas (FREIRE JÚNIOR *et al.*, 2013; SANTOS *et al.*, 2017). Diante do exposto, tanto a mobilidade quanto a acessibilidade estão relacionadas à qualidade de vida dos idosos, especialmente os de idades avançadas, isto é, dificuldades na realização de atividades básicas, como alimentar-se, e de atividades instrumentais da vida diária, por exemplo, a utilização dos meios de transporte. Essas dificuldades podem ser ocasionadas ou agravadas por barreiras impostas pelo meio ambiente em que o idoso vive (OMS, 2008; SANTOS *et al.*, 2017).

O estudo de Santos *et al.* (2017) analisou a associação entre o declínio da mobilidade de indivíduos maiores de 60 anos, com a capacidade de utilização do transporte público e seu impacto na qualidade de vida e participação social desses idosos. Os autores verificaram que a mobilidade era menor em idosos com 75 anos ou mais, devido aos declínios fisiológicos e à inadequada infraestrutura dos meios de transporte, afetando, diretamente, na vida social e na qualidade de vida desses indivíduos. Alguns idosos ainda relataram que teriam uma vida mais ativa, com maior participação social, caso suas dificuldades com o transporte público fossem sanadas. Em consonância com esse pensamento, Curl, Thompson e Aspinall (2015) analisaram idosos e a infraestrutura da região que habitavam, verificando que a maior acessibilidade nas ruas, calçadas e transporte estavam relacionadas a uma vida mais ativa, especialmente para os idosos mais velhos.

Henchoz *et al.* (2015) verificaram que, além da mobilidade, a saúde, a percepção, os sentimentos de segurança e a autonomia são fatores determinantes para promoção da qualidade de vida de idosos e estão relacionados às características

socioeconômicas e demográficas próprias de cada idoso. Outros fatores também estão associados à qualidade de vida, todavia em menor grau, podendo ser citados: recursos materiais, vida social e cultural, respeito, reconhecimento e relacionamentos. Segundo os autores, esses resultados podem ser explicados dentro do modelo de otimização seletiva com compensação desenvolvida por Baltes e Baltes (1990). Esse modelo trabalha com a visão de que, durante todo o desenvolvimento humano, os indivíduos são capazes de manejar suas vidas de maneira bem-sucedida, ou seja, os indivíduos adaptam-se às circunstâncias e adversidades cotidianas e atribuem novas metas e objetivos de vida. Devido a isso e juntamente com a otimização e a compensação, a adaptação permite que eles atinjam suas metas e maximizem a quantidade e a qualidade de suas vidas (HENCHOZ *et al.*, 2015; BALTES; BALTES, 1990).

Tiraphat *et al.* (2017) examinaram a associação entre ambientes “favoráveis” aos idosos e a qualidade de vida em 4.183 pessoas maiores de 60 anos. Aqueles indivíduos que classificaram o ambiente como favorável tiveram escores maiores de qualidade de vida. Dessa forma, os idosos os quais perceberam que seus bairros tinham boa infraestrutura de locais para caminhar, estética, acessibilidade de serviços e segurança criminal, segundo os autores, apresentaram maior probabilidade de terem melhor qualidade de vida do que aqueles que percebiam que seus bairros tinham ambiente físico inadequado. Além disso, aqueles que entenderam que seus bairros tinham maior coesão social, apoio social e confiança social foram mais propensos a relatarem melhor qualidade de vida do que aqueles que notaram seus bairros como tendo taxas mais baixas em ambientes sociais. Percebe-se, então, que o ambiente vivenciado, seja ele físico ou social, pelos idosos é de suma importância para que mantenham uma vida mais segura e mais ativa, com maior convívio social, fatores que têm íntima relação com uma boa qualidade de vida (TIRAPHAT *et al.*, 2017).

A procura por serviços sociais e de saúde crescem durante a velhice, pois, nessa fase da vida, é comum o aparecimento de patologias de ordem física e psíquica, além das perdas sociais, financeiras e afetivas, que podem afetar, negativamente, a vida dos idosos. Dessa forma, programas sociais e de saúde que atendam às necessidades básicas de cada indivíduo são de grande importância para um envelhecimento saudável. Ou seja, maior acessibilidade a serviços médicos, estratégias preventivas e de promoção à saúde, assim como programas

previdenciários e assistenciais, relacionam-se, diretamente, à qualidade de vida durante o envelhecimento (PEDRAZA *et al.*, 2018).

Outros fatores também influenciam na qualidade de vida, entre eles destacam-se o nível educacional, o nível financeiro e o estilo de vida. A educação é um determinante básico da qualidade de vida dos idosos, pois, além de ser preditora do *status* financeiro, relaciona-se com maior acessibilidade aos serviços de saúde e lazer (LUTHY *et al.*, 2015). De acordo com Biasoli, Moretto e Guariento (2016), altos níveis educacionais podem atuar como fator protetivo contra declínios e doenças cognitivas.

Kaup *et al.* (2014), em um estudo prospectivo de *coorte* com 2.458 participantes idosos norte-americanos, demonstraram que a baixa escolaridade está diretamente relacionada a uma maior incidência de demência. O estudo evidenciou, ainda, que idosos jovens com níveis baixos de escolaridade têm maior declínio cognitivo e maior probabilidade de desenvolverem demência, quando comparados a idosos mais velhos com altos níveis educacionais, porém de idades mais avançadas (75 anos ou mais). Também Silva *et al.* (2014) investigaram 384 idosos de um distrito de São Paulo e verificaram que mulheres apresentaram maior índice de queixas de memória, quando comparadas aos homens, sendo que idosos menos escolarizados apresentaram queixas de memória mais intensas, pior desempenho cognitivo e sintomas depressivos, quando comparados aos de maior escolaridade.

Assim como o nível educacional, os recursos financeiros ajudam no acesso à saúde, ao lazer e a outras atividades sociais, além de atuarem, positivamente, na sensação de autoeficácia e na satisfação das necessidades básicas diárias, influenciando na saúde e na qualidade de vida dos idosos (NERI; VIEIRA, 2013). Pereira *et al.* (2015) apontam a forte relação das questões econômicas com a qualidade de vida e a saúde na Terceira Idade, indicando que grande parte dos idosos com nível socioeconômico baixo apresenta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, além de um menor acesso a bens e serviços.

O estilo de vida é um fator indispensável para a promoção da qualidade de vida dos idosos (STIVAL; LIMA; KARNIKOWSKI, 2015). Os comportamentos adotados ao longo da vida, e até mesmo durante a velhice, podem influenciar, positivamente, na qualidade de vida, isto é, ter uma alimentação equilibrada, baixo consumo de álcool, ausência de drogas lícitas (tabaco), controle do estresse e prática de exercícios físicos regular (MACOVEI; TULFAN; VULPE, 2014). Manter uma vida

fisicamente ativa é favorável tanto para saúde física e cognitiva quanto para as relações sociais (GRUBBS *et al.*, 2016; RACHADEL *et al.*, 2015). O estudo de Naughton *et al.* (2016) avaliou a qualidade de vida de 26.999 mulheres com  $\geq 80$  anos, demonstrando que a qualidade de vida estava mais fortemente associada ao estilo de vida, ao nível de atividade física, a problemas sociopsicológicos e de saúde atual do que ao histórico de comorbidades. Fatores como resiliência, viver sozinho, independência funcional e ser fisicamente ativo foram associados a uma melhor qualidade de vida. Grubbs *et al.* (2016) enfatizaram que o exercício físico é um forte preditor para a qualidade de vida em idosos que vivem em residências terapêuticas, pois auxilia no tratamento de incapacidades físicas, sintomas depressivos e declínios cognitivos, promovendo, também, maior interação entre os idosos. Resultado semelhante foi encontrado por Winters-Stone *et al.* (2016), os quais afirmam que o exercício físico atua no tratamento e na prevenção de patologias como câncer, além de promover maior socialização e relações afetivas entre os idosos com idades superiores a 70 anos.

Diante dos fatos apresentados, é possível perceber que a qualidade de vida, durante a velhice, relaciona-se tanto com fatores objetivos quanto subjetivos, podendo ser alterada quando um ou mais fatores se modificam durante a senescência. Apesar de os idosos de idades mais avançadas serem os mais acometidos por modificações, limitações e patologias oriundas do processo de envelhecimento, não se pode inferir que a qualidade de vida seja mais baixa nessa fase da vida. Como já visto anteriormente, fatores como a percepção das condições de vida, o nível educacional e financeiro, a acessibilidade a bens e serviços, o ambiente em que o idoso está inserido, o estilo de vida e o suporte social e familiar podem proporcionar aos idosos uma velhice bem-sucedida, atuando de forma a manter ou até mesmo aumentar a qualidade de suas vidas. As avaliações e os julgamentos realizados durante a velhice, bem como os afetos vivenciados pelos idosos, refletem a percepção que cada indivíduo tem sobre sua posição e sua condição de vida, isto é, ao avaliar a qualidade de vida durante o envelhecimento, é preciso levar em consideração a maneira como os idosos compreendem e se enxergam dentro contexto em que estão inseridos, bem como os sentimentos e emoções experimentados e expressados diante da vida. Assim, no próximo tópico, apresentadas mais discussões sobre os julgamentos e afetos, ou seja, o bem-estar subjetivo.

## 3.4 BEM-ESTAR SUBJETIVO

### 3.4.1 Conceitos e avaliação

Antes de dissertar sobre o termo “bem-estar subjetivo”, considera-se importante situá-lo dentro do constructo bem-estar, ou seja, um conceito complexo, que tem sido abordado na literatura, desde meados da década de 1950 (GALINHA, 2008). Esse constructo foi alvo de várias mudanças no decorrer do tempo, devido às alterações na economia, na política e na ciência. Segundo Galinha (2008), com os inúmeros estudos que surgiram sobre o tema e nenhum consenso entre os pesquisadores, na década de 1980, ocorreu uma crise conceitual e a subdivisão do constructo em duas correntes teóricas: bem-estar psicológico e bem-estar subjetivo (DIENER *et al.*, 1999, RYAN; DECI, 2001; RYAN; DECI, 2008). Essas duas correntes construíram-se a partir de duas perspectivas filosóficas diferentes: eudaimonismo e hedonismo (RYAN; DECI, 2001).

A perspectiva eudaimônica relaciona-se ao bem-estar psicológico, integrando uma área que valoriza o funcionamento das potencialidades humanas por meio de aspectos psicológicos, tais como autonomia, autoaceitação, domínio sobre o ambiente, relações sociais positivas, evolução pessoal e os planos de vida (RYFF; SINGER, 2008; RYAN; DECI, 2001). O hedonismo, por sua vez, relaciona-se ao bem-estar subjetivo, concebendo o bem-estar como felicidade subjetiva e refletindo um equilíbrio entre experiências de prazer e desprazer.

O interesse pelo bem-estar subjetivo ampliou-se diante da maior necessidade de se entender o homem, os sentimentos e os fatores que prediziam uma vida feliz e bem-sucedida. Com isso, esse termo foi associado a diversas áreas de conhecimento, como saúde, psicologia positiva e a qualidade de vida. Neste último, indicadores subjetivos, que incluem o julgamento pessoal do bem-estar e a satisfação com a vida, foram acrescentados aos estudos sobre qualidade de vida, haja vista que os fatores objetivos descrevem somente condições de vida do sujeito por meio de variáveis sociodemográficas e econômicas, não avaliando, portanto, o nível de satisfação em relação a essas condições (DIENER *et al.*, 1999).

Assim, o bem-estar subjetivo, na visão de alguns estudiosos, pode configurar-se como uma dimensão subjetiva da qualidade de vida (DIENER; OISHI; LUCAS, 2003; DIENER, 2012; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2016). Tendo isso como pressuposto e com intuito de compreender as avaliações e os sentimentos que as pessoas realizam sobre as diversas áreas que podem levar a uma melhora ou piora das condições de vida, neste estudo, adota-se o “bem-estar subjetivo” como a dimensão subjetiva da qualidade de vida.

De acordo com Diener, Oishi e Tay (2018), o bem-estar subjetivo é uma área que visa a compreender o julgamento cognitivo, isto é, a satisfação com a vida e as respostas emocionais específicas para os eventos e as situações cotidianas, ligadas aos sentimentos positivos *versus* sentimentos negativos. Por conseguinte, o bem-estar subjetivo pode ser descrito como a avaliação que cada indivíduo faz sobre a própria vida (DIENER *et al.*, 1985). Mas, em alguns casos, esse conceito é estudado como sinônimo de felicidade, visto que, segundo Diener (2006), pode ser relacionado à experiência individual adquirida pela percepção que o indivíduo tem sobre sua vida.

Para tanto, Diener (1984) descreve o bem-estar subjetivo como um constructo, atribuindo a ele 3 características básicas: subjetividade, medidas positivas e avaliações globais. A primeira refere-se a um caráter abstrato, ou seja, a experiência individual consciente de cada pessoa. A segunda característica explicita que medidas afetivas e negativas não se sobrepõem, ou seja, mesmo que medidas afetivas sejam mais altas, ainda podem existir afetos negativos em um grau menor. Por fim, as avaliações globais indicam que o bem-estar subjetivo inclui julgamentos globais de satisfação com a vida, ou mediante domínios específicos dela, bem como experiências emocionais positivas e negativas.

Diener, Oishi e Lucas (2003) ainda atribuem a esse constructo as seguintes dimensões: afetiva e cognitiva. A dimensão afetiva estabelece um equilíbrio entre os afetos positivos, isto, é alegria, afeição, sentimentos de exaltação de prazer; já os afetos negativos são descritos por sentimentos como culpa, tristeza, ansiedade, vergonha. Cabe ressaltar que os afetos não são opostos, mas podem se relacionar inversamente, ou seja, há pessoas que vivenciam um sentimento com frequência alta e outro com baixíssima frequência (LYUBOMIRSKY, 2008). Já a dimensão cognitiva abrange a satisfação com a vida, ou seja, refere-se à avaliação e ao julgamento cognitivo que cada pessoa faz sobre sua vida, que demonstra, por meio da comparação entre as situações cotidianas do indivíduo e um padrão por ele escolhido,

se o indivíduo atingiu seus objetivos ou o quão próxima ou distante essa pessoa está a realizá-los (DIENER, 1984).

Por ser um conceito complexo de natureza subjetiva e multidimensional, várias teorias e modelos teóricos foram criados na tentativa de explicar o bem-estar subjetivo. Em um recente estudo, Diener, Oishi e Tay (2018) classificaram essas teorias em 3 distintas abordagens: a) teorias biológicas/temperamentais; b) teorias da satisfação de objetivos; e c) teorias de estados mentais. A primeira engloba as teorias que se concentram em explicar, com base em fatores genéticos e biológicos, alguns dos sentimentos experimentados pelos indivíduos. Um exemplo é a teoria *set-point*, segundo a qual cada indivíduo tem um tempo de adaptação e de armazenamento pré-determinado biologicamente. Isso pode explicar os motivos pelos quais alguns eventos afetam o bem-estar subjetivo por curto período de tempo, com uma tendência que esse volte aos valores iniciais. Mas, de acordo com Diener, Lucas e Scollon (2006), o processo de adaptação é complexo, pois, além de fatores biológicos, outros fatores podem influenciar na adaptação, tais como o tipo e a duração do evento.

A segunda abordagem baseia-se na premissa de que altos níveis de bem-estar subjetivo são desenvolvidos conforme o indivíduo satisfaz seus desejos, expectativas e necessidades básicas, o contrário resultará em baixos níveis de bem-estar subjetivo. De acordo com Judge *et al.* (2005), à medida que as pessoas atingem suas metas, tornam-se mais satisfeitas com suas vidas do que antes, sendo que um exemplo que pode ser citado é a Teoria de Recursos (DIENER; FUJITA, 1995). De acordo com essa teoria, a satisfação com a vida relaciona-se com os recursos (materiais, espirituais, apoio da família e amigos, e intelectuais) que cada indivíduo possui para atender aos anseios, expectativas e necessidades essenciais. Para tanto, a falta de alguns desses recursos ou a não realização de suas metas resulta em insatisfação com a vida ou com um aspecto específico da vida.

Por fim, o terceiro tipo de abordagem, as teorias dos estados mentais, busca compreender os processos cognitivos (memória, aprendizagem, percepção, raciocínio, entre outros) e de atenção. Nessa abordagem, uma teoria muito investigada é a teoria hedemônica (HSEE; ZHANG, 2010). De acordo com essa teoria, aspectos cognitivos como a percepção e o raciocínio podem influenciar na satisfação com a vida, por exemplo, pessoas com uma mesma condição patológica podem ter, igualmente, os mesmos sintomas patológicos amenizados, mas podem apresentar graus de satisfação diferentes. Essa variação vai depender do referencial objetivado



e do parâmetro de comparações. Esta e outras teorias mostram o quão importante são os processos cognitivos para altos níveis de satisfação e felicidade. Por exemplo, a atenção dada a um evento ou a um momento específico da vida pode afetar a felicidade, assim como relembrar fatos passados podem deixar as pessoas mais felizes e satisfeitas.

É prudente levar em consideração a grande quantidade de teorias existente na literatura e que não há uma simples resposta sobre os preditores do bem-estar subjetivo. Contudo, Luhmann *et al.* (2012) e Oishi, Kesebir e Diener (2011) salientam que existem 2 conjuntos de fatores que, possivelmente, influenciam o bem-estar subjetivo: a) intrínsecos ao indivíduo, isto é, aspectos psicológicos; e b) extrínsecos ao indivíduo, ou seja, aspectos sociodemográficos, culturais e eventos de vida. Todavia, Zhang *et al.* (2009) evidenciam a existência de incertezas sobre quais são os fatores que mais atuam no bem-estar subjetivo, bem como quais são os mais significativos entre os comumente citados na literatura.

No que se refere aos fatores intrínsecos, na literatura atual, já existem indícios de que a influência da personalidade sobre o bem-estar é bastante significativa, sendo esta variável apontada como uma das mais consistentes e relevantes preditoras de bem-estar subjetivo (DIENER; OISHI; TAY, 2018; GARCIA; ERLANDSSON, 2011; RICHARD *et al.*, 2009). Estudos como o de Steel, Schmidt e Schultz (2008) e Nes e Røysamb (2015) demonstram que a variação nas diferenças individuais no bem-estar subjetivo pode ser atribuída à personalidade e a fatores associados a ela. Esses fatores podem ser denominados traços de personalidade.

De acordo com Diener, Oishi e Lucas (2003), os traços de personalidade podem ser conceituados como predisposição a reações características, formada por um componente biológico (influências hereditárias) e um componente adquirido (meio social e/ou experiências adquiridas). Segundo os autores, as diferenças de personalidade e bem-estar subjetivo manifestam-se cedo na vida, mantêm-se constantes e estáveis ao longo do tempo e, ainda, possuem um componente genético forte. Essas afirmações levaram alguns autores a concluir que o bem-estar subjetivo é determinado por predisposições inatas, ou seja, que nascem com o indivíduo (DE NEVE, 2011).

A associação entre bem-estar subjetivo e fatores relacionados à personalidade têm sido amplamente discutida e estudada por meio do modelo dos Cinco Fatores de Personalidade (COSTA; MCCRAE, 1980). Os cinco traços que

compõem o modelo são: a extroversão, a agradabilidade, a conscienciosidade, o neuroticismo e a abertura à experiência (HA; KIM, 2013). A partir desse modelo, estudos têm indicado que dois traços se destacam entre os demais, a extroversão (tendência de uma pessoa ser sociável, extrovertida, assertiva e ativa) e neuroticismo (tendência a ser sensível ao interpessoal e tendência a experimentar emoções negativas como ansiedade, medo e raiva) (GARCIA; ERLANDSSON, 2011). De acordo com Lucas e Diener (2009), altos níveis de extroversão e baixos níveis de neuroticismo caracterizam a felicidade, relacionando-se, assim, aos afetos positivos e negativos, respectivamente. Pode-se inferir que pessoas extrovertidas vivenciam mais situações positivas. Em contrapartida, os neuróticos experienciam eventos negativos, que geram emoções negativas (HA; KIM, 2013).

Mesmo que a atenção esteja voltada para estes dois traços, neuroticismo e extroversão, os demais também têm sua importância para o bem-estar subjetivo. A conscienciosidade (tendência de uma pessoa a ser cuidadosa, pontual, organizada, trabalhadora e seguir regras) e agradabilidade (tendência de uma pessoa a ser carinhosa, compassiva e cooperativa com os outros), de acordo com Richard *et al.* (2009), estão ligadas à realização e socialização, que levam a conquistas e experiências mais positivas em situações sociais, respectivamente. Essas situações estão diretamente relacionadas a aumentos no bem-estar subjetivo (DIENER; OISHI; TAY, 2018). Por exemplo, pessoas conscientes tendem a executar funções de maneira eficiente, o que pode acarretar sucesso no local de trabalho e melhor remuneração. Já as pessoas agradáveis são inclinadas a serem mais apreciadas por outras pessoas, supostamente como fruto de seus comportamentos caridosos. Alguns autores sugerem que há interação entre conscienciosidade, agradabilidade e satisfação com a vida (SHIH; CHUANG, 2013, MAYUNGBO, 2016). Todavia, os autores verificaram que, apesar da interação, a conscienciosidade influencia, de forma independente, a satisfação mais fortemente que a agradabilidade.

O último traço, a abertura à experiência (tendência de uma pessoa de buscar e apreciar novas artes, valores, sentimentos e comportamentos), por sua vez, tem sido relacionada aos afetos, positivo e negativo. Segundo Gutiérrez *et al.* (2005), esse fator constitui-se como um relevante preditor de afeto positivo, correlacionando-se também com o afeto negativo.

Além dos traços de personalidade citados, um outro traço que há tempos tem recebido atenção de estudiosos é o otimismo (expectativa de resultados

favoráveis na vida). De acordo com Carver e Scheier (2014), o otimismo relaciona-se com o bem-estar subjetivo, em tempos de adversidade ou dificuldade, uma vez que está associado à promoção de estratégias de enfrentamento, as quais são orientadas para a resolução de problemas (SRIVASTAVA; DAS, 2015). Pessoas otimistas esperam que coisas boas aconteçam e, de fato, elas têm resultados mais positivos, talvez devido a um esforço extra para alcançar seus objetivos (SRIVASTAVA; DAS, 2015).

Mesmo que a personalidade e outros fatores psicológicos sejam determinantes para o bem-estar subjetivo, Diener, Oishi e Tay (2018), em um recente estudo, afirmam que fatores os quais sustentam ou influenciam no bem-estar subjetivo variam da genética às condições socioculturais, incluindo circunstâncias da vida. Ainda existem incertezas por parte dos autores sobre quais são as variáveis externas que podem interferir no bem-estar subjetivo e qual o grau de interferência. Contudo, Diener, Oishi e Tay (2018) sugerem que os aspectos sociodemográficos como idade, sexo, estado civil, suporte social, eventos cotidianos, renda, religião e aspectos socioculturais são, na maior parte dos casos, significantes preditores do bem-estar subjetivo.

O bem-estar subjetivo, ao contrário do que se esperava no início dos estudos sobre o tema, não reduz com a idade. Mesmo com inúmeras perdas decorrentes do envelhecimento, isto é, do avanço da idade, os indivíduos não apresentam declínios no bem-estar-subjetivo (JIVRAJ *et al.*, 2014). De acordo com Van Landeghem (2012), Blanchflower e Oswald (2008) e outros estudiosos dessa temática, o bem-estar alcança valores baixos entre 35 e 50 anos. A redução da satisfação com a vida nessa faixa etária está ligada a 3 pontos-chave: a) maior chance que os indivíduos jovens tenham expectativas mais altas do que os mais velhos e que, às vezes, não são atendidas; b) os mais velhos, especialmente os idosos, aprendem a se adaptar às suas capacidades e limitações e, assim, têm ambições mais realistas; e c) pessoas felizes vivem mais (ULLOA; MOLLER; SOUSA-POZA, 2013). Todas essas razões podem contribuir para uma redução do bem-estar nos anos em que as pessoas estão mais jovens e um eventual aumento à medida que envelhecem. Outros fatores interagem com a idade e podem influenciar valores maiores ou menores do bem-estar subjetivo e seus componentes. Esse tema será discutido na próxima seção.

Ao buscar um estudo sobre gênero, não existe, ao certo, um consenso entre os autores sobre seus efeitos relacionados ao bem-estar subjetivo (BATZ; TAY,

2018). Alguns estudos relataram menor felicidade entre as mulheres (LUKASCHEK, 2017; MEISENBERG; WOODLEY, 2015), outros associam o público feminino a uma satisfação elevada com a vida (BATZ; TAY, 2018), e existem aqueles que não encontraram diferenças significativas no bem-estar subjetivo entre homens e mulheres (LOUIS; ZHAO, 2002).

Hansen e Slagsvold (2012) ainda relatam que esse é um aspecto, na maioria dos casos, negligenciado na literatura. Não existe uma explicação para essa pluralidade de resultados, mas sugere-se que a diversidade de metodologias utilizadas na mensuração do bem-estar subjetivo pode ser uma das causas (TESCH-RÖMER; MOTEL-KLINGEBIEL; TOMASIK, 2008). Outra hipótese é a de que a associação do gênero com outras variáveis, como educação, saúde, renda, participação social, pode determinar as diferenças no bem-estar subjetivo entre homens e mulheres, visto que esses são tratados de formas distintas em uma mesma sociedade (DOLAN; PEASGOOD; WHITE, 2008; HUMPERT, 2014). A diferença sociocultural entre as nações também pode ser determinante para esses resultados (DOLAN; PEASGOOD; WHITE, 2008). Também Batz e Tay (2018) afirmam que as inconsistências e os conflitos são, em parte, devido aos componentes do bem-estar subjetivo: afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida. Segundo os autores, o grau e a direção das diferenças de gênero divergem para cada componente, e qualquer confusão em analisá-las tende a reduzir as diferenças.

Para a satisfação com a vida, estudos afirmam que mulheres apresentam níveis de satisfação maiores que os homens (BATZ; TAY, 2018; TAY *et al.*, 2014); entretanto mulheres mais velhas possuem menor satisfação com a vida que seus homólogos masculinos (INGLEHART, 2002; NERI; BATISTONI; RIBEIRO, 2016). Mulheres mais jovens também experimentam níveis de afetos positivos maiores que o público masculino mais novo e aquelas de idade avançada tendem a ser menos felizes (menor afeto positivo) (EASTERLIN, 2003; INGLEHART, 2002; NERI; BATISTONI; RIBEIRO, 2016). Zuckerman, Li e Diener (2017) ressaltam que homens e mulheres diferem, significativamente, em afeto negativo, de tal forma que as mulheres relatam maiores níveis de afeto negativo do que os homens. Esses resultados podem ser atribuídos devido ao fato de as mulheres ainda serem inferiorizadas em relação aos homens no meio social; por viverem mais, as mulheres são acometidas por problemas de saúde e outras condições que afetam o bem-estar subjetivo, como viuvez (NERI; BATISTONI; RIBEIRO, 2016).

O estado civil dos sujeitos pode afetar, positivamente, a maneira que estes avaliam e vivenciam a vida. De acordo com Diener, Oishi e Tay (2018), o casamento pode proporcionar felicidade, especialmente a pessoas que detinham altos níveis desse sentimento antes do matrimônio. Em diversas sociedades, os filhos são sinônimos de felicidade e realização, mas, segundo Nelson, Kushlev e Lyubomirsky (2014), isso só se torna real se houver boas condições na estrutura, especialmente entre os cônjuges, e na renda familiar. Ao passo que acontecimentos como divórcio e viuvez relacionam-se a sentimentos depressivos, por exemplo, solidão e tristeza, e níveis baixos de bem-estar subjetivo podem perdurar por longos períodos.

Os cônjuges podem proporcionar um suporte social aos seus parceiros, assim como outras relações, amorosas ou de amizade, podem contribuir para uma melhor qualidade de vida e bem-estar subjetivo. Maior suporte social se relaciona a melhores níveis de bem-estar subjetivo, a melhores condições de saúde e à menor incidência de solidão, depressão e comportamentos depreciativos (DIENER; OISHI; TAY, 2018). Em contrapartida, baixas relações interpessoais e baixos níveis de apoio, aumentam a probabilidade de estresse psicológico e doenças físicas (KIRANA; ROSEN; HATZICHRISTOU, 2009).

A maior interação social pode ser importante para superação ou enfrentamento de certas situações da vida, como, por exemplo, perder ente próximo ou ser demitido de um trabalho. A ocorrência desses e de outros eventos associam-se ao bem-estar subjetivo. A forma com que cada indivíduo percebe e vivencia os acontecimentos ocorridos ao longo da vida proporcionará índices positivos ou diminuição do bem-estar subjetivo. Isto é, se uma pessoa é demitida do trabalho e percebe isso como uma chance de mudar de vida, conseguir um novo emprego, vislumbrando maior satisfação e sucesso profissional, provavelmente, ela experimentará mais sentimentos e emoções positivas do que aqueles indivíduos que percebem tal evento como uma perda (LUHMANN *et al.*, 2012).

Os acontecimentos cotidianos podem modificar a vida das pessoas, impedindo a realização de determinadas necessidades essenciais e psicológicas, e execução de atividades da vida diária. De acordo com Tay e Diener (2011), a realização de atividades sociais, por exemplo, receber apoio e afetos de familiares e amigos, proporciona sentimentos positivos, assim como as atividades primordiais, como higienizar-se e/ou alimentar-se, associam-se à satisfação com a vida. Manter as necessidades psicológicas, como autonomia e competência, relacionam-se,

positivamente, ao bem-estar subjetivo (DIENER; OISHI; TAY, 2018, RYAN; DECI, 2001) e influenciam na realização de tarefas diárias, sociais e de lazer.

O aspecto socioeconômico está diretamente ligado à satisfação das necessidades básicas, psicológicas e interferem nas expectativas e metas. Em um estudo recente, afinados com esse pensamento, Tay, Zyphur e Batz (2017) evidenciam que a renda está associada, positivamente, ao bem-estar subjetivo, quando vista como um recurso que protege o indivíduo contra os principais eventos da vida, por exemplo, doenças e desemprego, e limitações na realização de tarefas cotidianas, ou quando são concebidas como forma de adquirir serviços e bens.

Assim, quando analisamos a renda sob a perspectiva socioeconômica, é possível perceber que a pobreza afeta, negativamente, o bem-estar subjetivo, e que esta condição pode estar associada a maiores índices de infelicidade (TAY; ZYPHUR; BATZ, 2017). A frase “o dinheiro traz felicidade”, de certa forma, é verídica. Contudo, de acordo Tay, Zyphur e Batz (2017) e Diener, Oishi e Tay (2018), rendas mais altas elevam os níveis de bem-estar subjetivo para pessoas desfavorecidas financeiramente, mas até um certo ponto, a partir de uma determinada renda, não se verifica correlação entre o aumento de riqueza e o bem-estar subjetivo.

Religiosidade e espiritualidade têm sido foco de diversas pesquisas relacionadas à felicidade, à satisfação com a vida, ao valor à vida e à saúde física e mental (ABDEL-KHALEK; LESTER, 2012; ABDEL-KHALEK, 2015). Ter uma religião ou crer em algo maior que a existência humana leva o sujeito a atribuir um significado à vida, sendo que enfrentar e aceitar melhor as adversidades estão relacionados com altos níveis de satisfação com a vida (ABDEL-KHALEK; LESTER, 2012). O envolvimento em atividades religiosas tem relação com aumentos no bem-estar subjetivo, porquanto tais práticas podem conferir identidade social, sentimentos de utilidade e autoeficácia, além de proporcionar acréscimo na rede social (DIENER; TAY; MYERS, 2011). Contudo, os autores afirmam que o bem-estar do indivíduo religioso está intimamente ligado à cultura em que ele está inserido. Ou seja, em sociedades mais religiosas, aqueles que comungam da mesma crença são mais felizes e satisfeitos com a vida (DIENER; CHAN., 2011; ABDEL-KHALEK, 2015).

De acordo com Diener, Tay e Myers (2011), a cultura pode afetar o bem-estar subjetivo. Cada nação possui valores, critérios e princípios que podem influenciar como o indivíduo percebe e avalia sua vida (DIENER; OISHI; LUCAS, 2003). Indivíduos que têm por natureza serem individualistas vivem melhor em locais

onde a individualidade é valorizada do que se estivessem inseridos em culturas coletivas (SUH; DIENER; UPDEGRAFF, 2008). Os religiosos se adaptam melhor a contextos que valorizam a religião do que em países céticos. Portanto, os indivíduos que possuem as mesmas características valorizadas em determinada cultura tendem a relatar valores mais altos de bem-estar subjetivo (DIENER; TAY; MYERS, 2011).

Diante do exposto, pode-se afirmar que manter níveis altos de bem-estar subjetivo, seja de maneira global, ou em domínios específicos, é muito importante para o indivíduo tanto no âmbito pessoal quanto no social. Sob o ponto de vista das relações sociais, pessoas com altos níveis de bem-estar subjetivo são mais propensas a relacionamentos amorosos duradouros e a se casarem (LUCAS *et al.*, 2003), são menos inclinadas ao divórcio, possuem mais relações afetivas e amorosas (LUHMANN *et al.*, 2013). Os autores admitem que a paternidade possui maiores chances de acontecer em pessoas com altos índices de satisfação do que naqueles que relatam elevados sentimentos negativos. Valores superiores de bem-estar subjetivo também são benéficos para comportamentos de cidadania. Em estudos realizados por Akinin *et al.* (2011), ações solidárias, como ajuda financeira, relacionam-se a altos índices de satisfação com a vida, assim como altos sentimentos positivos associam-se à doação de sangue e de dinheiro (PRILLER; SCHUPP, 2011).

Em relação ao trabalho, altos níveis de bem-estar subjetivo são seguidos de maior desempenho e produtividade (TENNEY; POOLE; DIENER, 2016), maior senso de coletividade (OISHI, 2012; BORMAN *et al.*, 2001), menos ausências atribuídas à saúde. De acordo com Diener *et al.* (2017), o bem-estar subjetivo pode estar relacionado a um índice melhor de saúde e à longevidade. Isso pode ser justificado pela adoção de comportamentos saudáveis (ausência de tabaco, prática de exercícios físicos, pouca ingestão de bebida alcoólica). Assim, à medida que os indivíduos se tornam mais saudáveis, a tendência é que vivam por um período de tempo maior (DIENER; CHAN, 2011).

Segundo Diener, Oishi e Tay (2018), ainda existem incertezas sobre quais variáveis causam e quais são afetadas diretamente pelo bem-estar subjetivo, podendo-se perceber que, pela natureza complexa e multidimensional, um aspecto pode ser tanto determinante como resultado desse constructo. Por exemplo, o bom desempenho no trabalho pode influenciar, positivamente, o bem-estar subjetivo, assim como altos valores desse constructo, podem levar a um melhor desempenho.

Desse modo, percebe-se que o bem-estar subjetivo é um constructo que pode variar com o tempo, a cultura e os aspectos socioeconômicos e sociodemográficos; por isso, tende a variar ao longo do desenvolvimento humano e suas modificações. No próximo tópico, será abordado como o bem-estar subjetivo se relaciona com o envelhecimento, especialmente nas idades mais avançadas.

### **3.4.2 Bem-estar subjetivo e envelhecimento: idosos com idades avançadas**

Como já visto anteriormente, o processo de envelhecimento se relaciona às alterações biopsicossociais, que podem alterar de maneira positiva a vida dos indivíduos, mas também pode ser marcada por mudanças que incidem negativamente sobre a saúde. De acordo com dados da OMS (1946), a saúde pode ser entendida como um completo bem-estar físico, mental e social e não está atrelada somente à ausência de doença. Pensando nesse conceito global, é importante reconhecer os aspectos sociais e psicológicos da saúde e não apenas os aspectos físicos do envelhecimento. Nessa perspectiva, os estudos que visam a um envelhecimento saudável e a qualidade de vida na velhice ganham campo, investigando não somente a saúde física, mas também a psicoemocional e a social sob a ótica subjetiva. Dessa forma, o bem-estar subjetivo se torna importante na promoção e/ou manutenção de condições de vida favoráveis aos idosos (DIENER; OISHI; TAY, 2018).

De acordo com Hansen e Slagsvold (2012), estudo corroborado por Steptoe, Deaton e Stone (2015), a manutenção de níveis altos do bem-estar subjetivo na velhice é importante indicador de boa saúde mental, prediz felicidade e atua em um melhor ajuste e integração social. Devido a esses e outros fatores, como adoção de comportamentos saudáveis, o bem-estar subjetivo elevado associa-se a uma melhor resposta imune, conseqüentemente, atua de maneira positiva para o aumento da expectativa de vida ((DIENER; OISHI; TAY, 2018).

O bem-estar subjetivo, na Terceira Idade, pode sofrer influência de diversos fatores de natureza física, sociodemográfica e social (LUKASCHEK *et al.*, 2017). Alguns se relacionam, positivamente, com esse constructo, entre eles são destacados a religiosidade e o suporte social; já outros, como a existência de doenças graves, falta de apoio familiar, baixo senso de autoeficácia e morte de uma pessoa querida,



podem comprometer o bem-estar subjetivo dos idosos (STEPTOE; DEATON; STONE, 2015; LUKASCHEK *et al.*, 2017).

O bem-estar subjetivo não diminui com o avançar da idade, pelo contrário, há uma tendência de que os idosos mantenham uma estabilidade de altos níveis de bem-estar e satisfação com a vida (LUKASCHEK *et al.*, 2017), indicando que os idosos possuem mecanismos para manter atitudes e sentimentos positivos em relação à vida (WETTSTEIN; SCHILLING; WAHL, 2016). De acordo com Jivraj *et al.* (2014), mesmo diante de algumas perdas e declínios, seja na saúde física ou nas relações afetivas, pela natureza adaptativa das medidas avaliativas de bem-estar subjetivo, a satisfação e a felicidade são aumentadas na Terceira Idade, se comparadas à vida mais jovem. O mesmo pode ser percebido em pesquisas como as de Baird, Lucas e Donnellan (2010) e Frijters e Beatton (2012), que avaliaram idosos de diferentes países ao longo de vários anos, demonstrando a estabilidade ou o aumento da satisfação com a vida desde final da meia-idade até pelo menos 70 anos, mesmo diante das adversidades e limitações impostas pelo processo de envelhecimento, sugerindo a existência de processos adaptativos.

Vale lembrar que uma melhor adaptação à velhice se associa a algumas explicações: a) escolha de novas metas e propósitos para investimentos, tanto afetivo quanto cognitivo, e de novos padrões de comparação condizentes com a realidade; b) desenvolvimento de competências que regulam as experiências emocionais, ou seja, conforme os indivíduos vão envelhecendo, a percepção sobre suas preferências e limites vai-se tornando mais acentuada em relação à idade. Assim, esses indivíduos se tornam mais motivados a regular sua experiência emocional, ou seja, maximizar o afeto positivo e minimizar o afeto negativo; c) a capacidade de vivenciar novas experiências, de compreender as próprias emoções e as de outros indivíduos, bem como optar por relações sociais que ofereçam alguma vantagem emocional, também são importantes fatores para adaptação do idoso (ENGLISH; CARSTENSEN, 2015). Enfatiza-se que uma tática muito utilizada para adaptação do indivíduo às diversas circunstâncias da vida é o *coping* (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998). Em português, é comum a utilização de termos como enfrentamento ou estratégias de enfrentamento para se referir ao *coping* (WATHIER; GIACOMONI; DELL'AGLIO, 2007).

*Coping*, de acordo com Lazarus e Folkman (1984), pode ser compreendido como um conjunto de esforços comportamentais e cognitivos, utilizados pelos

indivíduos para encarar demandas específicas, internas ou externas, que culminam em circunstâncias de estresse, com objetivo de gerenciar ou resolver o problema. Para os autores, essas estratégias podem ser focadas na emoção ou no problema. O *coping* focado na emoção relaciona-se ao esforço exercido com intuito de regular o estado emocional diante de uma situação estressora. Por conseguinte, esse empenho é direcionado ao nível de sentimentos e tem como meta a alteração do estado de humor do indivíduo (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998). Como exemplo, os idosos podem recorrer ao uso de remédio, como ansiolíticos e tranquilizantes, na tentativa de amenizar sentimentos derivados da morte de alguém próximo.

O *coping* focalizado no problema, por sua vez, compreende ações realizadas pelos indivíduos, a fim de modificar o problema, isto é, a situação estressora. Se o indivíduo deseja mudar uma situação ou o contexto estressor, ele pode adotar atitudes como acomodação, isto é, ajustar suas preferências às opções disponíveis, aceitando a situação vivenciada, ou a negociação, em que a pessoa busca alternativas, com objetivo de satisfazer suas metas e preferências, para solucionar problemas interpessoais ou o pedido de ajuda prática a outras pessoas para solucionar a questão (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998). Uma prática muito comum nos idosos é a utilização da religiosidade e espiritualidade como estratégia de enfrentamento e, nesse caso, tem-se o chamado *coping* religioso. Como já visto anteriormente, essas práticas auxiliam para se obter um melhor suporte social e emocional, tendo grande importância na resolução de situações estressoras e nas limitações e adversidades encontradas na velhice (REIS; MENEZES, 2017).

O suporte social aparece, então, como uma ferramenta essencial para o bem-estar na Terceira Idade. Esse suporte, proporcionado pelas redes de apoio, é interativo e envolve benefícios mútuos, tanto se o idoso for o prestador de suporte quanto se ele for o receptor do mesmo, reduzindo comportamentos introspectivos, que geram isolamento, proporcionando ajuda material e serviços, quando necessário, e estabelecendo novos contatos sociais, atribuindo, assim, um sentido à vida na Terceira Idade (SIEDLECKI *et al.*, 2014). Em outras palavras, a rede de apoio é importante para que os indivíduos se sintam estimados, valorizados e cuidados por outras pessoas, contribuindo, também, para que suas necessidades físicas, cognitivas e sociais possam ser atendidas.

De acordo com Siedlecki *et al.* (2014), a satisfação com a vida aumenta com o apoio percebido e o apoio prestado. Esse suporte fornecido a outras pessoas

associa-se à redução de afetos negativos e a um aumento dos afetos positivos. Os autores afirmam que a inserção familiar e as relações de amizade nos idosos têm íntima relação com elevados afetos positivos e maior satisfação com a vida, ou seja, com o bem-estar subjetivo.

Além das relações sociais e familiares, a saúde é um aspecto muito importante para os idosos e, mesmo diante de alterações depreciativas no estado de saúde, decorrentes do processo de envelhecimento, o bem-estar subjetivo ainda permanece alto (JIVRAJ *et al.*, 2014). Nessa fase da vida, o efeito negativo da saúde só se verifica quando há uma deterioração avançada da mesma, isto quer dizer que, quando uma patologia provoca incapacidade, perda da funcionalidade, ou gera nos idosos uma condição crônica, o bem-estar subjetivo tende a reduzir. Conforme Steptoe, Deaton e Stone (2015), devido às limitações físicas, os obstáculos na realização de atividades cotidianas afetam não só a vida social, atuando negativamente nas relações interpessoais do idoso, mas também interferem na autonomia e autoestima, que, em muitos casos, podem causar graves danos à saúde emocional, como depressão e ansiedade.

Mesmo que, em geral, o bem-estar subjetivo se mantenha em níveis elevados na Terceira Idade, ao observar, separadamente, homens e mulheres, percebe-se uma notável diferença entre os sexos (PINQUART; SORENSEN, 2001). Pesquisas sugerem que os idosos vivenciam menor bem-estar subjetivo que as idosas, isso é justificado por Zebhauser *et al.* (2014), pois as mulheres exercem mais atividades que geram felicidade e satisfação. Além do mais, os homens podem ser mais acometidos por disfunções e limitações que os impedem de preservar as relações sexuais, sendo que essas podem protegê-los de uma saúde mental deteriorada e de reduções na autoestima e autoconfiança, alterando, negativamente, os níveis de bem-estar subjetivo.

Entretanto, evidências sugerem que o baixo bem-estar subjetivo está associado às idosas, devido a estados de saúde física e mental piorados, a menores finanças e recursos materiais, além de relações sociais e afetivas deterioradas (PINQUART; SORENSEN, 2001). Em adição, um estudo recente (LUKASCHEK *et al.*, 2017) avaliou o bem-estar subjetivo de idosos associado a aspectos sociodemográficos, ao estilo de vida e ao sofrimento emocional (depressão, ansiedade e problemas com sono), comprovando que baixos níveis de bem-estar subjetivo é predominante nas mulheres mais velhas, em decorrência de morarem

sozinhas, terem baixa renda, inatividade física e doenças, fatores que se associam a altos níveis de depressão. O mesmo foi observado no trabalho de Ng, Tey e Asadullah (2017), em que a depressão foi diretamente associada ao baixo bem-estar subjetivo nas idosas. Mas, cabe ressaltar que ainda há controvérsias sobre os níveis de bem-estar subjetivo entre homens e mulheres na Terceira Idade, devido à existência de um limitado número de estudos (LUKASCHEK *et al.*, 2017).

Alguns eventos influenciam na vida dos idosos e têm relação direta com o bem-estar subjetivo, entre eles destacam-se a aposentadoria e a perda de um parente próximo ou viuvez. A aposentadoria é o aspecto socioeconômico que mais se relaciona com o bem-estar subjetivo na Terceira Idade. A aposentadoria pode ser vista como algo benéfico (aposentadoria esperada), mesmo diante de perdas severas nas finanças, que são aliadas à diminuição do consumo e a mais tempo ocioso. Encarar esse evento como final de um ciclo e início de outro é essencial para um envelhecimento saudável. A maior disponibilidade de tempo pode ser compensada na execução de atividades que antes não poderiam ser realizadas, elevando os níveis de satisfação com a vida (BONSANG; KLEIN 2012). Por exemplo, o idoso, ao se aposentar, pode realizar viagens longas, bem como engajar-se em atividades sociais que antes não poderia realizar por falta de tempo.

A aposentadoria, contudo, pode associar-se à baixa satisfação com a vida e ao aumento dos afetos negativos, quando ocorre de forma involuntária e abrupta (aposentadoria inesperada), em que o indivíduo não está preparado financeiramente e emocionalmente para tal fato (BONSANG; KLEIN, 2012). Assim, os indivíduos que se aposentam por motivo de saúde ou por terem sido demitidos do trabalho têm uma tendência maior a desenvolverem sentimentos depressivos, diminuição da autoestima e da autoeficácia, relacionando-se a uma possível diminuição da saúde física e mental, afetando, negativamente, o bem-estar subjetivo (BONSANG; KLEIN 2012).

Outro acontecimento marcante nos idosos é a morte do cônjuge. Ficar viúvo pode ser um desafio para pessoas em qualquer idade; todavia, para os idosos, esse evento pode afetar a vida de modo mais intenso do que nos jovens e adultos, gerando graves problemas emocionais, comportamentais e até financeiros. Para as mulheres idosas, que, na maioria dos casos, estruturaram sua vida baseada na família, isto é, cuidados ao marido, filhos e afazeres domésticos, o desafio diante da morte pode ser ainda maior e, como consequência, o processo adaptativo ocorre ainda mais lentificado (RUBIO; WANDERLEY; VENTURA, 2011).

Adaptação a essa nova condição é necessária para que os idosos prossigam suas vidas de forma saudável, porém não é tarefa fácil. Em muitos casos, o luto permanece por longos períodos ou perduram por toda a vida. O luto engloba diversos quadros clínicos relativos às reações diante de uma perda significativa e ao seu processo de adaptação, que se associam ao bem-estar subjetivo na velhice. Ou seja, o indivíduo passa por uma desorganização emocional e social, que pode gerar distúrbios de sono e alimentar, sintomas depressivos e de ansiedade, bem como o isolamento social (LUHMANN *et al.*, 2012). Os autores desenvolveram uma meta-análise que avaliou o bem-estar subjetivo nos diversos eventos da vida. Verificaram que o luto tem efeitos negativos duradouros sobre o bem-estar subjetivo, e o público mais afetado foi o feminino. Esse resultado pode ser justificado devido à maior sobrevivência das esposas em relação a seus maridos (LEOPOLD; LECHNER, 2015). A satisfação com a vida é muito afetada no início desse evento e, como os afetos negativos, mantém-se com valores baixos por um longo período. Ao contrário, o afeto positivo tende a se restabelecer à medida que os indivíduos vão passando pelo processo adaptativo, com uma redução mais lenta dos afetos negativos. O mesmo se faz verdadeiro no estudo de Leopold e Lechner (2015), em que valores reduzidos de bem-estar subjetivo na velhice associam-se às perdas e ao processo de enfrentamento por um período de tempo maior do que nas demais faixas etárias.

Ao pensar no bem-estar subjetivo em idosos mais velhos, acima de 75 anos, é preciso levar em consideração que os efeitos do envelhecimento sobre esses indivíduos são mais acentuados do que no início da velhice e afetarão na maneira em que avaliam e julgam sua vida, resultando em uma qualidade de vida deteriorada (JIVRAJ *et al.*, 2014). De acordo com Baird, Lucas e Donnellan (2010), alterações no bem-estar subjetivo, em idades avançadas, estão relacionadas a um declínio progressivo na capacidade física e mental, bem como nas relações interpessoais.

Em um estudo longitudinal, Jivraj *et al.* (2014) avaliaram o bem-estar subjetivo em indivíduos acima de 50 anos e concluíram que a satisfação com a vida começa a declinar-se a partir dos 75 anos. Esse fato corrobora evidências anteriores de declínio tardio no bem-estar subjetivo (BAIRD; LUCAS; DONNELLAN, 2010; FRIJTERS; BEATTON, 2012), sugerindo que os idosos mais velhos, diante dos efeitos decorrentes da idade, podem não mais se utilizarem de recursos de enfrentamento para manter o bem-estar subjetivo alto.

Segundo Jivraj *et al.* (2014), a autonomia e a realização pessoal aumentam no início da velhice, mas tendem a diminuir com declínios de saúde e das relações sociais e apoio da família, assim como a depressão. Os autores sugerem que o estado depressivo não aumenta no decorrer dos anos, mas pode atingir valores menores se a condição de saúde e as relações interpessoais forem favoráveis. Lukaschek *et al.* (2017) investigaram o bem-estar subjetivo de homens e mulheres de idades avançadas em relação ao estado emocional e a variáveis sociodemográficas, concluindo que altos níveis de depressão e ansiedade foram encontrados nos mais idosos. As mulheres, especialmente as mais velhas, foram as mais acometidas por depressão, com baixos índices de bem-estar subjetivo devido à associação com variáveis como estado civil, saúde, condição financeira.

Gerstorf *et al.* (2008) verificaram que, mesmo controlando as variáveis que interferem no bem-estar subjetivo durante a velhice, por um longo do tempo, foi possível observar que houve uma deterioração do bem-estar subjetivo. Esse resultado sugere que, ao avaliar populações mais idosas, deve-se considerar que mudanças internas podem atuar, negativamente, no bem-estar subjetivo, sobretudo na felicidade e satisfação, como, por exemplo, os sentimentos em relação à morte. Esses sentimentos podem refletir a entrega e o desejo de morte diante das adversidades e limitações dessa fase da vida, luto sobre a morte de alguém próximo ou a entrada nos anos finais de vida, culminando em uma deterioração acelerada do bem-estar subjetivo em idades mais avançadas (JIVRAJ *et al.*, 2014). Autores como Gerstorf *et al.* (2008) e Hansen e Slagsvold (2012) afirmam que uma grande queda na satisfação com a vida ocorre em média de 2 a 3 anos antes da morte.

De acordo com Diener (2012) e reafirmado por Diener, Oishi e Tay (2018), entender o bem-estar subjetivo nas diversas fases da vida, sobretudo em idades mais avançadas, em que os declínios do processo de envelhecer se fazem mais presentes e afetam negativamente a percepção e avaliação que os indivíduos fazem sobre suas vidas, pode ser benéfico para a criação de políticas sociais e ações para uma melhor qualidade de vida da população, auxiliando, assim, para que haja um envelhecimento bem-sucedido. Por exemplo, destaca-se a presente pesquisa, pois o resultado que poderá ser obtido neste trabalho pode auxiliar no desenvolvimento de ações para promoção e/ou manutenção de níveis altos de bem-estar subjetivo, que se relacionam a uma melhor qualidade de vida dos idosos, objetivando uma longevidade mais próspera.

### 3.4.3 Satisfação com a vida

Como já visto anteriormente, o bem-estar subjetivo é definido como as avaliações afetivas e cognitivas de um indivíduo referentes à sua vida de maneira geral ou em domínios específicos dela. Essas avaliações compreendem reações emocionais, eventos e situações cotidianas, assim como julgamentos cognitivos de satisfação e realização. Dessa forma, de acordo com Oishi, Diener e Lucas (2014), o bem-estar subjetivo é um conceito amplo e complexo que inclui a experimentação de níveis elevados de humor e de emoções aprazíveis, baixos níveis de emoções e humores depreciativos, bem como alta satisfação com a vida.

Nesta investigação, devido à ausência de instrumentos avaliativos para a dimensão afetiva (afetos positivos e negativos), validados para a população idosa brasileira, será avaliada apenas a dimensão cognitiva, isto é, a satisfação com a vida.

A satisfação com a vida pode ser compreendida como uma avaliação geral realizada por meio de um julgamento cognitivo, em que as pessoas avaliam a qualidade de suas vidas, com base em parâmetros e critérios próprios de cada pessoa (SHIN; JOHNSON, 1978). Schwarz e Strack (1991) ponderam que a satisfação com a vida constitui um bom indicador social subjetivo, que é influenciado por fatores contextuais que determinam a informação cognitiva acessível ao indivíduo durante a resposta. Nesse caso, ocorre uma comparação entre as circunstâncias de vida do indivíduo e um padrão ou conjunto de padrões por ele escolhido, e, conforme as condições correspondam a esses padrões estabelecidos, o sujeito relata alta satisfação com a vida. Em adição, de acordo com Suh, Diener e Fugita (1996) e Pavot e Diener (2009), estima-se, nessa avaliação, que os indivíduos efetuem um julgamento global de suas vidas, refletindo sobre os objetivos almejados e os alcançados, sem permitir que as respostas emocionais, resultantes de circunstâncias atuais e/ou recentes, interfiram em sua avaliação ou no julgamento de satisfação. Assim, a satisfação com a vida é entendida como um julgamento cognitivo consciente da vida de um indivíduo, em que os critérios e parâmetros para julgamento relacionam-se com o que esse anseia para sua vida (PAVOT; DIENER, 2009).

O julgamento da satisfação com a vida pode ser realizado pelo indivíduo de 2 (duas) maneiras: global ou em domínios específicos da vida. A satisfação com domínios específicos da vida relaciona-se à satisfação com áreas específicas da vida

do sujeito, tais como saúde física e emocional, relações sociais e afetivas, trabalho, *status* financeiro. Em contrapartida, a satisfação com a vida global é muito mais ampla, pois consiste no julgamento individual do sujeito sobre a percepção de sua vida (passada, presente, visando ao futuro) como um todo. (PAVOT; DIENER 2009; SOUSA; LYUBOMIRSKY, 2001). Percebe-se que a satisfação com a vida é um conceito complexo (já que se trata de um estado subjetivo), multidimensional (pois, além de abranger todos os aspectos da vida de maneira geral, abrange, de igual modo, aspectos específicos da vida), e também um constructo dinâmico, cujos julgamentos e emoções autoavaliativos mudam de acordo com os interesses pessoais e sociais, com contexto inserido e com a passagem do tempo (PAVOT; DIENER, 2009).

Nesse contexto, sabendo-se que os desejos e as metas, bem como os julgamentos e as avaliações, tendem a mudar com o avançar da idade e com o ambiente em que o sujeito está inserido, no próximo tópico, será abordada a satisfação com a vida em idosos com idades avançadas.

#### 3.4.3.1 Satisfação com a vida em idosos com idades avançadas

Como explicitado nos tópicos anteriores, o envelhecimento é um processo caracterizado por diversas alterações, que podem decorrer de maneira tranquila, isto é, sem grandes consequências, ou podem ter um grande impacto na vida do idoso, afetando, negativamente, a qualidade de vida, a felicidade e a satisfação com a vida dos idosos (LLOBET *et al.*, 2011). Dessa maneira, alterações na saúde, nos papéis sociais, nas relações afetivas e familiares, entre outras mudanças, podem influenciar na satisfação com a vida (DIENER; OISHI; TAY, 2018). Além disso, variáveis objetivas ou demográficas e variáveis subjetivas de personalidade podem interferir na satisfação com a vida em idosos (DIENER; OISHI; TAY, 2018; LLOBET *et al.*, 2011).

Segundo alguns autores, como Néri (2011), pesquisas nos mais diversos ramos da ciência (epidemiológicas, sociológicas, políticas e econômicas) indicam que variáveis objetivas, tais como nível educacional, *status* financeiro, classe social, gênero, idade, saúde, ambiente, entre várias outras, quando examinadas isoladamente, são fracas preditoras de qualidade de vida e satisfação com a vida.



Miron-Shatz *et al.* (2013) afirmam que resultados mais satisfatórios são encontrados quando as variáveis objetivas são analisadas em conjunto com aspectos subjetivos da vida do indivíduo. Uma possível explicação para esse fato é que, em vez de influenciar a satisfação com a vida diretamente, as características demográficas afetam o bem-estar por meio de uma variedade de processos subjetivos. Com isso, os autores enfatizam que é necessário considerar não só as variáveis demográficas, mas também os traços de personalidade do indivíduo (DIENER; OISHI; TAY, 2018; MIRON-SHATZ *et al.*, 2013).

A idade pode exercer um papel importante na satisfação com a vida dos idosos (HANSEN; SLAGSVOLD, 2012). Pesquisas mostram que, apesar de haver uma redução considerável na satisfação com a vida entre meados da fase adulta e final da meia-idade, valores altos de satisfação com a vida podem ser observados após os 60 anos, que irão declinar mediante graves problemas físicos e sociais, nos meses e anos que antecedem a morte (ULLOA; MOLLER; SOUSA-POZA, 2013; WETTSTEIN *et al.*, 2015; SEGERSTROM *et al.*, 2016). Baird, Lucas e Donnellan (2010) e Jivraj *et al.* (2014) demonstraram, em seus estudos, que a satisfação com a vida na velhice declina, em média, após os 70 anos. Esse declínio, segundo os autores, se dá pelo fato de que, a partir dessa idade, os indivíduos são mais suscetíveis às alterações decorrentes do processo de envelhecimento, que podem culminar na morte de entes próximos e na perda da saúde.

Lhle *et al.* (2016) se propuseram a investigar o padrão das relações de idade em diferentes domínios, em uma amostra de idosos entre 65 e 101 anos. Os domínios investigados foram: habilidades cognitivas e habilidades verbais, estado geral de saúde, participação em atividades e satisfação com a vida. Entre os resultados, os autores verificaram que as habilidades cognitivas teriam declínios mais acentuados no final dos 80 anos, assim como o estado geral de saúde e satisfação com a vida. Em relação à participação em atividades, a queda começa no início dos 80 anos. Porém, autores como Wettstein *et al.* (2015), Wettstein *et al.* (2016), Ng, Tey e Asadullah (2017) apresentam resultados os quais comprovam que, mesmo diante de limitações físicas e perdas sociais, indivíduos com idades superiores a 80 anos possuem alta satisfação com a vida. Uma possível explicação para isso se deve ao fato de que os idosos, de modo geral, ajustam seus objetivos e desejos de vida a seus recursos, competências e experiências e, assim, almejam menores realizações e

prazeres do que os mais jovens, e, como resultado, têm avaliações mais positivas sobre suas vidas (WETTSTEIN *et al.*, 2016).

A relação idade e satisfação com a vida pode ser influenciada pela cultura e por aspectos culturais (DIENER; OISHI; LUCAS, 2003). Em culturas orientais, como a China, Japão e Líbano, a velhice é sinônimo de sabedoria e respeito, sendo valorizada e respeitada por todos. Essas sociedades têm como tradição venerar, exaltar, reverenciar e cuidar, com maestria, de seus idosos, resultado de uma educação milenar de honradez e respeito (FALLER *et al.*, 2017). Nesse sentido, fatores como a percepção de ser cuidado e valorizado, de integralidade, de amizade, de cumplicidade e satisfação com os relacionamentos, tanto familiares quanto sociais, são preditores de sentimentos mais positivos, menos solidão e quadros depressivos, causando maior bem-estar entre os idosos (CARMONA; COUTO; SCORSOLINI-COMIN, 2014). De acordo com Siedlecki *et al.* (2014), o apoio não só emocional, como também social e familiar contribuem para que os idosos mantenham vidas mais felizes e satisfeitas. Isso se torna mais evidente em indivíduos mais velhos, 75 anos ou mais, e em idosos com alguma limitação.

Grande parte dos países ocidentais, por outro lado, exprimem uma realidade que privilegia a juventude, em que o corpo, a beleza e a autonomia são valorizados e considerados metas por uma parcela expressiva da população. Nesse caso, a velhice é quase sempre rotulada como uma fase marcada por patologias, limitações, dor e solidão (MORAES *et al.*, 2016). Mesmo diante desses e de outros estereótipos negativos, estudos mostram que, em geral, nos países de culturas ocidentais, a satisfação com a vida se mantém elevada durante a velhice (STONE *et al.*, 2010; MEGGIOLARO; ONGARO, 2015). De acordo com Meggiolaro e Ongaro (2015), não só o ambiente cultural, mas também o social, o familiar, bem como as variáveis demográficas e socioeconômicas, podem desempenhar um importante papel para a satisfação dos idosos com a vida.

Meggiolaro e Ongaro (2015) analisaram fatores associados à satisfação com a vida em um grupo de homens e mulheres idosos. O estudo foi composto por 17.249 idosos com média de idade 74 anos para homens e 76 para mulheres. Resultados demonstram que, de modo geral, as mulheres têm níveis educacionais e menor *status* financeiro que os homens, assim como *scores* mais baixos na percepção de saúde. Os autores informam, ainda, haver mais doenças crônicas e mais limitações nas atividades cotidianas. Quanto ao estilo de vida, os homens são mais fisicamente

ativos, viajam mais e participam mais de atividades culturais. Em relação à vida social, não há diferença entre homens e mulheres. O estudo ainda averiguou que as mulheres são mais religiosas, sendo que a metade frequenta Igreja pelo menos uma vez por semana. Em adição, *scores* mais baixos de satisfação com a vida foram apresentados pelos idosos que residiam sozinhos, quando comparados a idosos que moravam com alguma pessoa. De modo geral, a satisfação com a vida foi considerada boa e, embora os homens ultrapassassem as mulheres em quase todas as variáveis, essas diferenças foram insuficientes para promover diferenças entre os sexos. Uma possível explicação sugerida pelos autores é que, nessa idade, a saúde, as relações sociais e familiares e a condição financeira se tornam mais relevantes para a satisfação com a vida, independentemente das preferências de gênero do que em idades mais jovens. Outra explicação é que a satisfação com a vida é influenciada, também, pelas relações familiares, pelo apoio e pelas preferências e comportamentos dos corresidentes.

Llobet *et al.* (2011), ao investigarem os elementos que influenciam a qualidade de vida de idosos com 75 anos ou mais, que são atendidos por um serviço domiciliário, verificaram que os idosos valorizam as boas relações, o adaptar-se, sentir-se querido e estarem acompanhados pela família, dinheiro, disporem de ajuda e de recursos, além de terem vida social. Níveis mais altos de satisfação foram atribuídos à capacidade de adaptação às circunstâncias e às relações familiares (estar com a família, ter companhia e o carinho dos filhos, estar em casa e/ou passear, sentir-se cuidado). Nesse contexto, os relacionamentos conjugais podem desempenhar um papel fundamental na satisfação com a vida de idosos, pois têm um alto potencial para influenciar a saúde física e mental durante a velhice, ou seja, indivíduos felizes com seus matrimônios tendem a relatar boa saúde e níveis elevados de satisfação com a vida (HOPPMANN; GERSTORF, 2014; MARGELISCH *et al.*, 2017).

Entretanto, segundo Ng, Tey e Asadullah (2017), o casamento não teve tanta significância para os idosos, e o estado civil foi considerado um preditor insignificativo para a satisfação com a vida. Essa pesquisa teve como objetivo investigar os determinantes para a satisfação com a vida, em uma amostra de 9.765 idosos chineses acima dos 80 anos. A satisfação com a vida foi considerada boa ou muito boa nessa população, independentemente da idade. No entanto, os autores encontraram relação entre a idade e a depressão, sugerindo que idosos sofrem de dor emocional significativamente maior, mesmo que desfrutem de maior bem-estar

avaliativo, isto é, satisfação com a vida, na velhice. Outro achado que merece destaque é o seguinte: idosos residentes nas cidades eram muito mais propensos a avaliar sua vida como boa ou muito boa do que aqueles que residem em ambientes rurais. Nesse caso, a satisfação com a vida pode ter sido influenciada pelas arquiteturas modernas, instalações contemporâneas, infraestrutura de qualidade e melhor auxílio financeiro nas cidades. Os autores ainda encontraram a renda e a saúde como sendo os determinantes mais fortes para a satisfação com a vida.

Associações entre medidas de saúde física e mental, autoavaliação de saúde e satisfação podem ser explicadas pelo impacto que problemas dessas naturezas causam na performance de atividades sociais, independência e autonomia (JOHN; TYAS; MONTGOMERY, 2013). Pinto, Fontaine e Neri (2016) ressaltam que uma preocupação crucial na velhice gira em torno da independência funcional e da autonomia, visto que essas condições permitem melhor performance nas atividades cotidianas, melhor envolvimento e relacionamento familiar e melhor participação social. Desse modo, quando as condições de saúde se tornam precárias e ruins a ponto de prejudicar o funcionamento físico e mental, afetando de maneira negativa as atividades diárias, os indivíduos podem ter problemas para gerenciar e conduzir suas vidas. Pode-se concluir que os estados de saúde são capazes de interferir no bem-estar do idoso, afetando sua funcionalidade (PINTO; FONTAINE; NERI, 2016).

Ao avaliarem o impacto que a saúde física e a saúde mental exercem na satisfação com a vida em idades avançadas (85 anos ou mais), Puvill *et al.* (2016) concluíram que a saúde física precária, dificilmente, estava relacionada a baixos níveis de satisfação com a vida, enquanto a saúde mental se relacionava com menor satisfação com a vida. Uma possível explicação é que os idosos podem ter atitudes mais positivas e receptivas diante das doenças e deficiências físicas, mas o mesmo não ocorre para sintomas de depressão e solidão, que, na maioria dos casos, levam a comportamentos negativos, isolamento social e doenças, como Alzheimer, que culminam em quedas no bem-estar subjetivo e na satisfação com a vida. Em adição, Jopp *et al.* (2016) pesquisaram idosos com idades entre 95 e 107 anos residentes em Nova York. Verificaram que, apesar do funcionamento físico e dos recursos sociais estarem reduzidos, os entrevistados muito idosos gozavam de boa saúde mental, sugerindo alta resiliência e capacidade de adaptação às circunstâncias e aos desafios associados à idade. Mesmo que a saúde objetiva estivesse relativamente baixa (prevalência de muitas doenças), os participantes relataram alta saúde subjetiva e

saúde funcional, o que pode estar relacionado tanto à capacidade de realização de atividades básicas quanto instrumentais da vida diária, estas últimas em menor proporção.

Os aspectos econômicos podem ser um importante preditor de satisfação com a vida para idosos mais velhos, pois apresentam forte relação com a saúde (FERNÁNDEZ; ROSERO-BIXBY; KOIVUMAA-HONKANEN, 2016; SULANDER; POHJOLAINEN; KARVINEN, 2012; READ; GRUNDY; FOVERSKOV, 2016).

Lue, Chen e Wu (2010), em um estudo realizado com 1.487 idosos, com 65 anos ou mais, procuraram analisar a incidência de depressão na velhice e os fatores de risco, tais como saúde e estresse financeiro na satisfação com a vida entre idosos. Entre os resultados, destaca-se que mulheres que percebiam pior estado de saúde ou estresse financeiro ou menor funcionalidade tinham maior probabilidade de desenvolver depressão e de terem baixa satisfação com a vida.

De acordo com Fernández, Rosero-Bixby e Koivumaa-Honkanen (2016), a diminuição da autoavaliação da saúde pode levar à insatisfação com a vida, o que, conseqüentemente, aumenta o humor deprimido, que pode desencadear sintomas depressivos e isolamentos sociais. O *status* financeiro, no entanto, pode amenizar esses problemas, ou seja, uma melhor situação econômica pode compensar os efeitos da baixa autoavaliação da saúde na satisfação com a vida. Sulander, Pohjolainen e Karvinen (2012) investigaram a associação entre medidas de posição socioeconômicas (educação e autoavaliação da adequação de renda) e de autoavaliação em saúde entre pessoas idosas com mais de 75 anos que vivem em áreas urbanas. A análise apontou que os idosos com menor nível de escolaridade apresentaram maior nível de saúde ruim. A adequação autoavaliada da renda também se associou, fortemente, com autoavaliações em saúde. Para os entrevistados mais velhos, 80 anos ou mais, essa associação se deu de modo mais conciso do que a associação entre educação e autoavaliação em saúde. Uma possível explicação se deve ao fato de a renda possibilitar ao idoso focar em outras áreas da vida, por exemplo, adquirir bens, retirando o foco dos declínios provenientes da idade avançada.

Também uma revisão sistemática conduzida por Read, Grundy e Foverskov (2016), objetivando verificar em que medida há evidências de desigualdades semelhantes na saúde subjetiva e bem-estar das pessoas idosas, na Europa, revelou que a renda é mais fortemente associada com o bem-estar e a

satisfação com a vida do que a educação, especialmente após os 70 anos. A educação estava mais associada com autopercepção de saúde do que com a avaliação de satisfação com a vida.

Mesmo que fatores socioeconômicos estejam mais fortemente ligados a uma melhor satisfação com a vida e bem-estar do que a educação durante a velhice, é importante destacar que maiores níveis escolares podem gerar maiores níveis financeiros (ALMEIDA; KASSOUF, 2004). Além disso, o nível educacional é apontado, na literatura, como um fator de proteção associado ao bem-estar psicológico e a declínios cognitivos, posto que, quanto mais anos de estudo a pessoa detém, maiores são as habilidades desenvolvidas para o alcance de satisfação com a vida, equilíbrio dos afetos, maiores níveis de resiliência e plasticidade (QUEROZ; NERI, 2005; ORDONEZ; YASSUDA; CACHIONI; 2011).

Em um estudo transversal, realizado com 256 idosos participantes da Universidade Aberta à Terceira Idade da Escola de Artes, Ciências e Humanidades, da Universidade de São Paulo (USP), Cachioni *et al.* (2017) verificaram que os homens estavam mais felizes e satisfeitos com a vida, e que a satisfação era maior, em ambos os sexos, em indivíduos com 70 anos ou mais. Mesmo que a escolaridade não tenha influenciado a satisfação com a vida nesse estudo, a participação em programas educacionais como as Universidades Abertas para a Terceira Idade, segundo Cachioni *et al.* (2017), pode se revelar eficaz para promover satisfação entre os idosos. Os autores apuraram que os alunos veteranos (participação superior a um semestre letivo), em comparação com os calouros, exibem elevados níveis de afetos positivos, isto é, mostraram-se melhores emocionalmente. Esses indivíduos encontram-se menos desanimados e mais felizes do que os calouros (participação inferior a um semestre letivo), e autorrelataram o desejo de serem mais produtivos; já os calouros estavam preocupados com a família. Nesse contexto, o bem-estar emocional positivo exposto no referido estudo sugere que programas educacionais podem propiciar situações sociais e educativas relevantes, que tendem a influenciar, positivamente, as condições de vida desses indivíduos, possibilitando uma maior satisfação com a vida.

Sabe-se que os comportamentos adotados ao longo da vida podem ser determinantes para uma velhice próspera, ou seja, manter uma alimentação saudável, menor consumo de bebidas alcoólicas, maior inserção e participação social, bem como exercitar-se regularmente. Podem também proporcionar avaliações cognitivas

positivas, especialmente em idosos de idades avançadas. Ferrari *et al.* (2017) investigaram o estilo de vida de uma amostra de 3.271 adolescentes, jovens, adultos e idosos no município de São Paulo. A prevalência de estilo de vida saudável foi maior entre idosos, seguida pelos adultos e adolescentes. A amostra foi composta por 517 indivíduos com média de idade de 70,8 anos. Nessa população, a maioria dos indivíduos, 89,2%, eram fisicamente ativos, e mais da metade, 52,2%, mantinham hábitos alimentares saudáveis. Apesar de 10% dos idosos relatarem fazer uso de cigarro e 3,6% de bebidas alcoólicas, 33,3% eram ex-fumantes e 15% não consumiam mais álcool. A maior preocupação com a saúde e as limitações impostas pelo envelhecimento podem explicar a maior prevalência de estilo de vida saudável entre os idosos.

Withall *et al.* (2014) exploraram as associações entre o volume e a intensidade da atividade física e o volume de tempo sedentário com o bem-estar subjetivo em um grupo de 228 idosos de 70 a 96 anos, no Reino Unido. Apesar da atividade física, medida por passos por dia e pela quantidade de atividade de intensidade moderada a vigorosa, estar associada a uma boa percepção de bem-estar físico nos idosos, ela apresenta fraca relação com variáveis de bem-estar subjetivo (bem-estar mental e satisfação com a vida). Segundo os autores, isso acontece porque a atividade física é vista por muitos idosos mais velhos como utilitária. Nesse caso, ela funciona como meio para alcançar seus objetivos e para satisfazer necessidades diárias, por exemplo, ir ao banco, fazer compra e visitar parentes e amigos. Mas a manutenção da capacidade de realizar essas e outras tarefas importantes pode inviabilizar que níveis mais altos de atividade física influenciem o bem-estar subjetivo. No entanto, menores níveis de atividades físicas devido à função física deteriorada levam à diminuição da capacidade funcional, resultando em menor independência. Esse fato afeta as avaliações subjetivas de bem-estar, reduzindo a satisfação com a vida dos idosos (WITHALL *et al.*, 2014). Um programa de exercícios físicos pode ser uma boa alternativa para a manutenção da função física em idades mais avançadas. Nesse estudo, os autores não encontraram associações significativas entre comportamentos sedentários e bem-estar.

Mudrák, Slepicka e Siska (2011) examinaram a participação na atividade física e sua relação com a satisfação com a vida em 212 idosos tchecos maiores de 60 anos que frequentavam programas educacionais e sociais. Entre as principais características da amostra, destaca-se a predominância de mulheres, idosos casados,

aposentados e com níveis de escolaridades elevados (Ensino Médio e Superior). Os autores verificaram que 77% dos entrevistados não participavam de nenhuma atividade física extenuante, 47% não participavam de nenhuma atividade física moderada e 64% dos entrevistados não atingiam os níveis mínimos de atividade física recomendados pela Organização Mundial da Saúde, sendo que a grande maioria dos idosos possuía 75 anos ou mais (níveis baixos de atividades físicas, em idades avançadas, podem ser justificados devido a limitações físicas e cognitivas próprias do envelhecimento). Para grande parte dos idosos, as atividades físicas se caracterizavam em atividades cotidianas, como fazer compras, trabalho domiciliar e caminhadas diárias. Após a análise, foi possível perceber associação positiva entre a satisfação com a vida e a atividade física moderada ou a combinação de atividade extenuante e moderada. Contudo, não foi encontrada associação entre a satisfação com a vida e atividade física leve ou somente extenuante. Assim, os autores sugerem que deve haver maior incentivo aos idosos quanto aos benefícios de uma vida fisicamente ativa, visto que a prática de atividade física regular pode ser benéfica para uma avaliação cognitiva positiva das condições de vida durante a velhice, especialmente, se os níveis estiverem entre os recomendados pela OMS.

O bem-estar subjetivo pode ser determinante para a longevidade, isto é, manter estáveis níveis elevados de satisfação com a vida e afeto positivo pode prolongar os anos de vida (DIENER, OIHSI; TAY, 2018; LANSFORD, 2018). Por um lado, as teorias *set-point* do bem-estar indicam que, devido aos aspectos genéticos (LYKKEN; TELLEGEN, 1996) e à personalidade predisposta (HEADEY; WEARING, 1992), o bem-estar subjetivo se mantém estável a longo prazo, ou seja, mudanças momentâneas no bem-estar subjetivo são produzidas por situações importantes como divórcio, mas retornam a um nível básico após um breve período de adaptação. Por outro lado, o bem-estar subjetivo é menos estável que a personalidade ao longo do tempo (FUJITA; DIENER, 2005). Isso significa que, ao sofrer uma variação causada por uma situação estressora, como, por exemplo, pela morte do conjugue ou desemprego, o bem-estar subjetivo nunca retorna aos níveis anteriores.

Segundo Luhmann *et al.* (2012), a satisfação com a vida tende a ser menos estável que o afeto positivo e o negativo ao longo da vida. A primeira se baseia em avaliações cognitivas das circunstâncias atuais, enquanto os afetos podem estar mais fortemente relacionados a traços de personalidade como neuroticismo e extroversão. Nesse sentido, Boehm *et al.* (2015) investigaram, ao longo de 9 anos de



acompanhamento de um grupo de 4.458 idosos, se a variabilidade intraindividual na satisfação com a vida pode estar relacionada ao risco de mortalidade. Foi verificado que a maior média de satisfação com vida estava associada à redução do risco de mortalidade durante o período de acompanhamento. Os autores descobriram, também, que a maior variabilidade na satisfação com a vida, ao longo desses 9 anos de pesquisa, foi associada a um aumento do risco de mortalidade. De acordo com os pesquisadores, quanto mais dramática a labilidade na satisfação com a vida ao longo do tempo, maior é o risco de mortalidade. Especificamente, os autores constataram que os indivíduos com satisfação média de vida relativamente baixa, que também variaram muito ao longo do tempo, tenderam a ter o maior risco de mortalidade durante o período de acompanhamento. Em comparação, os indivíduos com satisfação média de vida relativamente alta tiveram um risco reduzido de mortalidade, independentemente de a satisfação variar ou não (ou seja, o efeito da variabilidade só pareceu importar entre indivíduos com níveis médios de satisfação de vida relativamente baixos).

Boehm *et al.* (2015) sugerem que tanto a persistente baixa satisfação com a vida, ao longo de um período de tempo grande, quanto a alta variabilidade nesses níveis podem reduzir a longevidade. Essas situações podem acontecer à medida que eventos angustiantes e/ou estressores são continuamente vivenciados pelos idosos, como, por exemplo, aposentadoria não intencional ou a morte de um ente querido. Assim, circunstâncias estressoras e eventos negativos que ocorrem com certa frequência podem impedir que as pessoas se habituem as suas condições. Mesmo que experiências positivas possam auxiliar na manutenção de pensamentos e sentimentos positivos por um tempo maior, a grande diversidade de experiências negativas pode ser nociva, porquanto a adaptação hedônica e os processos de enfrentamento são retardados ou podem nunca ocorrer (SHELDON; LYUBOMIRSKY, 2012; RÖCKE; BROSE, 2013).

Neste tópico, discutiu-se como a satisfação com a vida pode ser importante para o envelhecimento bem-sucedido, especialmente em idosos com idades mais avançadas. A satisfação com a vida pode permanecer alta mesmo diante de declínios da saúde, mas, para que isso ocorra, outros fatores precisam estar associados a ela, tais como nível socioeconômico e educacional elevados, maior participação e melhor inserção social, apoio familiar, estilo de vida. A personalidade, as experiências e trajetórias de vida, a percepção que cada indivíduo tem sobre sua vida e aspectos

específicos dela, assim como as estratégias de enfrentamento adotadas por cada um, podem possibilitar que altos níveis de satisfação com a vida sejam experimentados durante a velhice. A manutenção desses níveis pode reduzir o risco de mortalidade, isto é, promove um prolongamento da vida.

## 4 MÉTODOS

Esta seção apresenta os métodos de pesquisa de forma detalhada das ações desenvolvidas no percurso do trabalho. Dessa forma, procurou-se explicar a caracterização do estudo, os aspectos éticos adotados, a população e a amostra investigada, os instrumentos avaliativos utilizados, a descrição dos procedimentos de coleta e o tratamento dos dados com análise estatística.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

A presente investigação possui delineamento transversal, de natureza quantitativa e descritiva. As pesquisas transversais objetivam a análise do comportamento das variáveis investigadas em um único momento (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2012). Os estudos quantitativos visam à quantificação de opiniões e conhecimentos; para isso, utilizam-se técnicas estatísticas variadas para análise e interpretação dos dados, e os estudos descritivos buscam descrever um fenômeno sem que haja manipulação das variáveis pelo pesquisador (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2012).

### 4.2 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), sob o número de inscrição 85089518.400005147 e Parecer número 2.569.541 (ANEXO I). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO II). Além dos objetivos e procedimentos do estudo, esse termo continha esclarecimentos de que a participação na pesquisa ocorreria de forma voluntária, sem qualquer custo ou retorno financeiro para o participante. Foi garantido o anonimato de todos os envolvidos nesta investigação, e os mesmos poderiam retirar seu consentimento ou

suspender sua participação a qualquer momento. Além disso, os participantes foram informados sobre o arquivamento dos dados, que ficarão em posse da pesquisadora responsável por 5 anos e será mantido o sigilo e anonimato dos participantes.

#### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Anteriormente ao início de coleta de dados, foi realizado um levantamento prévio em relação ao número de idosos fisicamente ativos na cidade de Juiz de Fora, MG. Esse levantamento ocorreu em clubes, academias e estúdios na região central e bairros adjacentes ao centro. Foram investigados 34 locais, identificando, aproximadamente, 2.000 indivíduos acima de 65 anos. Desses, 234 tinham 75 anos ou mais. Os programas e projetos oferecidos à Terceira Idade, e regiões mais distantes do centro da cidade, contudo, não foram incluídos nesse levantamento prévio. Em posse destes dados, e mediante um cálculo amostral realizado, baseado no censo 2010, percebeu-se que havia viabilidade de desenvolver esta pesquisa com idosos fisicamente ativos, ou seja, praticantes de exercícios físicos.

A amostra desta pesquisa foi composta por idosos entre 75 e 85 anos, residentes na cidade de Juiz de Fora, MG. Segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a população desse município era constituída por 70.288 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Desses, estima-se que 15.398 idosos estavam na faixa etária entre 75 e 85 anos (IBGE, 2010).

Para estabelecer a amostra do estudo, foi realizado um cálculo amostral<sup>1</sup> com base no número total de idosos da cidade. Levou-se em consideração o cálculo para amostras finitas e uma prevalência desconhecida da percepção positiva da qualidade de vida e bem-estar subjetivo, adotando-se, portanto, um percentual mínimo de 50%. Ademais, foi considerado 95% de intervalo de confiança, 5% de erro amostral. Chegou-se a uma amostra ideal mínima de 375 idosos de ambos os sexos.

---

<sup>1</sup> Cálculo amostral realizado por meio de uma calculadora *on-line*: Disponível em: <<https://praticaclinica.com.br/anexos/ccolaborativa-calculo-amostal/ccolaborativa-calculo-amostal.php>>. Acesso em: 22 jun. 2018.

#### **4.3.1 Critérios de inclusão**

Foram incluídos na pesquisa idosos de ambos os sexos, com idade entre 75 e 85 anos, que pratiquem atividade física regularmente há pelo menos 3 meses e que tenham assinado o TCLE.

#### **4.3.2 Critérios de exclusão**

Foram excluídos da pesquisa os idosos que, por algum motivo, não responderam a algum dos instrumentos ou não os preencherem na íntegra.

### **4.4 INSTRUMENTOS**

#### **4.4.1 Questionário sociodemográfico**

Foi aplicado um questionário com objetivo de conhecer as características sociodemográficas da amostra. Esse questionário foi confeccionado pela própria pesquisadora e revisado por 2 pesquisadores (doutores) da área, sendo constituído por 26 perguntas diretas e objetivas (APÊNDICE II). Nesta investigação, foram incluídas perguntas referentes às seguintes variáveis: sociodemográficas, saúde, exercício físico e limitações e incapacidades.

#### **4.4.2 36-Item Short Form Survey (SF-36)**

Para a avaliação da qualidade de vida, foi utilizado o *Medical Outcome Study 36- item Short Form* (SF-36) (ANEXO III), originalmente desenvolvido por Ware

e Sherbourne (1992). Ciconelli *et al.* (1999) realizaram a adaptação transcultural desse instrumento para o Brasil. Dessa forma, a versão do SF-36 utilizada neste estudo foi validada para a população de homens e mulheres, com idades entre 26 e 81 anos, que tem como objetivo avaliar a percepção do indivíduo em relação a sua qualidade de vida.

Trata-se de um instrumento genérico de avaliação, o qual tem sido utilizado tanto para a população de modo geral quanto para grupos específicos. É composto por 36 itens, divididos em 8 domínios: Capacidade funcional (10 itens), Aspectos físicos (4 itens), Dor (2 itens), Estado geral da saúde (5 itens), Vitalidade (4 itens), Aspectos sociais (2 itens), Aspectos emocionais (3 itens), Saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação das alterações de saúde ocorridas no período de 1 (um) ano e que, embora não seja usado para pontuar nenhum dos 8 domínios anteriores, é de suma importância para o conhecimento da qualidade de vida do indivíduo (WARE; SHERBOURNE, 1992). A pontuação de cada domínio pode variar de 0 (zero) a 100, sendo que os escores mais próximos de 0 (zero) representam uma pior percepção de qualidade de vida, enquanto aqueles mais próximos de 100, uma melhor percepção de qualidade de vida (CICONELLI *et al.*, 1999).

Para a validação, estes autores correlacionaram o SF-36 com os parâmetros laboratoriais, clínicos e com os resultados dos seguintes questionários de qualidade de vida: *Health Assessment Questionnaire*, *Nottingham Health Profile* e *Arthritis Impact Measurement Scales 2*. Utilizaram o coeficiente de Pearson para avaliar a reprodutibilidade (teste-reteste) e a validade convergente com os questionários anteriormente citados. A consistência interna foi avaliada por meio de correlações das questões. Ela se apresentou moderada, com valores entre 0,30 e 0,50. O estudo concluiu que o instrumento possui reprodutibilidade e validade (CICONELLI *et al.*, 1999).

#### **4.4.3 Life Satisfaction Index for the Third Age (LSITA)**

O bem-estar subjetivo pode ser avaliado pela dimensão afetiva e cognitiva. Na dimensão afetiva, são avaliados os afetos positivos e negativos e, na dimensão cognitiva, a satisfação com a vida. Todavia, não há instrumentos validados para a

população idosa, disponíveis na literatura, a fim de avaliar a dimensão afetiva do bem-estar subjetivo. Desse modo, foi avaliada apenas a dimensão cognitiva, por meio da satisfação com a vida.

Para análise da satisfação com a vida, foi aplicado o *Life Satisfaction Index for the Third Age* (LSITA) (ANEXO IV), validado para a população idosa brasileira, de 60 a 93 anos, por Ferreira *et al.* (2012), a partir da pesquisa de Barret e Murk (2006), que teve como base o estudo de Neugarten, Havighurst e Tobin (1961).

O processo de tradução e adaptação transcultural teve como base as recomendações da *American Academy of Orthopaedic Surgeons* (BEATON *et al.*, 2002) e adaptação por Ferreira *et al.* (2011) nas fases de tradução, síntese das traduções, retrotraduções, comitê de peritos e pré-teste. No estudo psicométrico da escala, as evidências de confiabilidade interna foram medidas através do Alpha de Cronbach ( $\alpha$ ) e da confiabilidade composta. Os valores do Alpha de Cronbach foram insuficientes para o fator Satisfação corporal ( $\alpha = 0,47$ ) e apenas razoavelmente adequados para os fatores Resolução e Força moral ( $\alpha = 0,65$ ) e Congruência em objetivos esperados e alcançados ( $\alpha = 0,63$ ).

O LSITA é um instrumento de autorrelato, que tem como objetivo avaliar a satisfação de idosos com vida. Esse instrumento é composto por 23 itens divididos em 5 fatores: Entusiasmo/Otimismo, Resolução e Força moral, Congruência entre objetivos propostos e realizados, Autoconceito e Humor. As respostas devem ser marcadas em uma escala *likert* de 6 pontos – 1: discordo totalmente a 6: concordo totalmente, em que o escore da soma dos fatores pode variar de 23 a 138 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, mais satisfeito com sua vida o indivíduo está (FERREIRA; TAVARES, 2012.)

A validade foi analisada através das cargas fatoriais das variáveis observáveis, os *t-values* e também por meio da associação positiva entre a pontuação da versão brasileira da *Body Appreciation Scale* (FERREIRA; TAVARES, 2012). A validade discriminante foi determinada a partir da comparação entre os valores de cada fator da escala e percepção de segurança financeira, apontando diferenças entre os grupos nos fatores: Otimismo, Resolução e Força moral, Congruência em objetivos esperados e alcançados e Humor (FERREIRA; TAVARES, 2012).

#### 4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Inicialmente, a pesquisadora entrou em contato com os responsáveis por instituições físico-esportivas e projetos sociais para explanar os métodos e os objetivos do estudo, momento em que foi solicitada autorização para a realização da coleta de dados. As coletas, então, aconteceram em academias, estúdios, clubes, igrejas e/ou programas e projetos de promoção à saúde e lazer para idosos.

Feito isso, efetuou-se um contato com os professores responsáveis pela aula, objetivando investigar quais alunos eram compatíveis com o objetivo deste estudo. Então, de posse dessas informações, foi realizado um contato pessoal e individual com cada idoso, convidando-o a participar, voluntariamente, da pesquisa. Aqueles indivíduos que concordaram em participar do estudo assinaram o TCLE. Os questionários foram aplicados pela própria pesquisadora e/ou por colaboradores devidamente treinados. Todos os instrumentos foram preenchidos em um único momento e não houve limite de tempo para o preenchimento dos mesmos.

#### 4.6 ANÁLISE DE DADOS

Todos os dados foram analisados por meio do *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS v. 21.0), e o nível de significância adotado foi de  $p < 0,05$ . Foi realizada estatística descritiva das variáveis sob investigação, por meio de média, desvio-padrão, valores mínimos e máximos para as variáveis ordinais/contínuas (por exemplo, escores do SF-36 e LSITA, idade, peso, altura, entre outras). As variáveis nominais/categóricas (por exemplo, prática de atividade física, etnia, estado civil, escolaridade, entre outras) foram descritas por frequência absoluta e relativa.

A Análise de Correspondência Múltipla (ACM) foi utilizada com intuito de verificar as associações entre qualidade de vida e satisfação com a vida com diferentes variáveis (HAIR JÚNIOR *et al.*, 2009). Inicialmente e como princípio básico para o cumprimento da ACM, realizou-se o teste qui-quadrado para testar se havia independência entre as variáveis. Decidiu-se por analisar, separadamente, cada variável com os domínios da qualidade de vida e com os domínios da satisfação com



a vida, originando 52 análises: variáveis sociodemográficas (Capacidade funcional, Aspectos físicos, Dor, Estado geral de saúde, Vitalidade, Aspectos sociais, Aspectos emocionais, Saúde mental, Otimismo, Resolução e Força moral, Autoconceito, Humor e Congruência entre os objetivos desejados e alcançados), variáveis de saúde (Capacidade funcional, Aspectos físicos, Dor, Estado geral de saúde, Vitalidade, Aspectos sociais, Aspectos emocionais, Saúde mental, Otimismo, Resolução e Força moral, Autoconceito, Humor e Congruência entre os objetivos desejados e alcançados), variáveis de exercício físico (Capacidade funcional, Aspectos físicos, Dor, Estado geral de saúde, Vitalidade, Aspectos sociais, Aspectos emocionais, Saúde mental, Otimismo, Resolução e Força moral, Autoconceito, Humor e Congruência entre os objetivos desejados e alcançados), variáveis de limitações e incapacidades físicas (Capacidade funcional, Aspectos físicos, Dor, Estado geral de saúde, Vitalidade, Aspectos sociais, Aspectos emocionais, Saúde mental, Otimismo, Resolução e Força moral, Autoconceito, Humor e Congruência entre os objetivos desejados e alcançados). A ACM é baseada em dados categóricos e, de acordo com Hair Júnior *et al.* (2009), utiliza a frequência observada. As categorias das variáveis sociodemográficas (Quadro 1) analisadas nesta pesquisa foram as seguintes:

Quadro 1: Categorias das variáveis sociodemográficas.

Sexo	Feminino Masculino
Estado civil	Solteiro(a) Viúvo(a) Casado(a)/União de fato Divorciado(a)/Separado(a)
Etnia	Negro(a) Branco(a) Pardo(a)/amarelo(a)/indígena
Reside com quem	Sozinho(a) Esposo(a) Filhos/netos Parentes/amigos
Profissão	Trabalha Não trabalha Aposentado(a) Aposentado(a) e trabalha
Horas de trabalho	Até 20 horas 20 a 40 horas 40 horas ou mais
Escolaridade	Ensino Fundamental

Continua

## Conclusão

	Ensino Médio Ensino Superior
Renda familiar	Até 1 salário mínimo 2 a 5 salários mínimos 5 a 10 salários mínimos 10 ou mais salários mínimos

Fonte: A autora (2019).

As categorias das variáveis de atividade física (Quadro 2) analisadas neste estudo foram:

Quadro 2: Categorias das variáveis de atividade física.

Tempo de exercício	5 anos 5 a 10 anos 20 anos ou mais 50 anos ou mais
Tipo de exercícios	Aeróbicos Resistidos Mistos
Frequência semanal de exercício	1 a 2 vezes 3 a 4 vezes 5 vezes ou mais
Tempo de exercício diário	Até 30 min. 1 hora 2 horas ou mais
Onde se exercita	<i>Indoor</i> <i>Outdoor</i> <i>Indoor/Outdoor</i>
Motivação para exercício	Extrínseca Intrínseca Extrínseca/Intrínseca
Melhorias diante de uma vida fisicamente ativa	Sem melhorias 1 melhoria 2 melhorias 3 melhorias 4 melhorias 5 melhorias 6 melhorias

Fonte: A autora (2019).

Entre as categorias das variáveis de saúde (Quadro 3), destacam-se:

Quadro 3: Categorias das variáveis de saúde.

Doenças Diagnosticadas	Sem doenças 1 doença 2 doenças 3 doenças 4 doenças 5 doenças
------------------------	---

Continua

Conclusão	
IMC	Baixo Peso Peso Normal Sobrepeso/Obesidade
Consumo de álcool	Bebe Não bebe
Frequência de consumo de álcool	Raramente Às vezes Sempre
Consumo de tabaco	Fuma Não fuma
Frequência consumo de tabaco	Raramente Às vezes Sempre
Estado de saúde	Insatisfatório/ruim Médio/bom Muito bom/Excelente

Fonte: A autora (2019).

E, por fim, as categorias das variáveis de limitações e incapacidades foram:

Quadro 4: Categorias das variáveis de limitações e incapacidades.

Quedas	Nunca caiu Caiu no último ano Caiu há mais de um ano
Dores	Nenhuma 1 dor 2 dores 3 dores 4 dores 5 dores
Dificuldade de realizar tarefas	Sim Não
Tarefas limitadas	Nenhuma tarefa 1 tarefa 2 tarefas 3 tarefas 4 tarefas 5 tarefas

Fonte: A autora (2019).

A qualidade de vida avaliada através do SF-36 foi analisada por meio de seus 8 domínios (sendo que valores próximos de 0 (zero) correspondem a uma pior percepção de qualidade de vida, enquanto valores mais próximos de 100, uma melhor

percepção de qualidade de vida). Por não existir uma classificação geral para a qualidade de vida, decidiu-se por classificá-la de acordo com tercil, ou seja,  $\leq 33\%$  baixa, de 34-66% média e  $\geq 67\%$  alta.

A satisfação com a vida foi classificada de acordo com a pontuação que o indivíduo obtiver em cada domínio (Otimismo – máximo 30 pontos, Resolução e Força moral – máximo 36 pontos, Congruência em objetivos esperados e alcançados – máximo 18 pontos, Autoconceito – máximo 24 pontos e Humor – máximo 30 pontos). Dessa forma, a alta satisfação com a vida corresponde a 72% do valor de cada domínio, valores entre 43 e 71% representam média satisfação com a vida e valores inferiores a 42% correspondem à baixa satisfação com a vida.

Em seguida, foi realizada a análise de regressão logística para verificar quais variáveis são determinantes para a qualidade de vida e satisfação com a vida. Tais análises foram conduzidas separadamente, de modo que, em um modelo, a qualidade de vida foi utilizada como variável dependente (modelo 1) e, em outro, a satisfação com a vida (modelo 2). Essa técnica de análise, segundo Fávero *et al.* (2012), é recomendada para situações em que a variável dependente é de natureza dicotômica ou binária. Quanto às independentes, podem ser categóricas ou não.

Para que esses princípios fossem cumpridos, uma nova categorização dos dados foi realizada, de forma que a qualidade de vida e a satisfação com a vida foram classificadas apenas em baixa e alta, a partir do somatório dos domínios referentes a cada conceito. Isto é, a soma total dos domínios da qualidade de vida é de 800 pontos, e manteve-se a classificação alta para escores  $\geq 67\%$ , sendo que notas inferiores a esse percentual foram classificadas como baixas. Na satisfação com a vida, essa soma corresponde a 138 pontos. As pontuações  $\geq 72\%$  continuaram referentes à categoria alta e valores menores que esse são referentes à categoria baixa. É importante ressaltar que não há somatório para os domínios dos constructos citados anteriormente. Optou-se por essa estratégia em razão do grande volume de dados e por ser considerado pela autora deste estudo uma estratégia de análise para melhor compreensão e entendimento dos resultados.

Para as variáveis independentes (sociodemográficas, de saúde, de exercício físico e de limitações e incapacidades), um ajuste realizado foi a fusão das categorias consumo de álcool, frequência de consumo de álcool, consumo de tabaco e frequência de consumo de tabaco, criando uma nova categoria: vícios (consumo de

álcool e tabaco), com objetivo de verificar se o consumo de álcool e de tabaco estava associado à qualidade de vida e à satisfação com a vida no público investigado.

Dessa maneira, para uma melhor exploração dos dados e como forma de comprovar os resultados obtidos a partir da ACM, decidiu-se pela inclusão de todas as variáveis investigadas nesta pesquisa, para realizar a análise de regressão.

Para compreensão dos modelos e melhor visualização dos resultados, os seguintes dados foram apresentados: o preditor, a constante, o coeficiente estimado (descreve a reação apresentada pela variável dependente das variações ocorridas nas variáveis independentes) e o valor-p (determina a adequação de se rejeitar a hipótese nula em um teste de hipótese). Como se utilizou a função de ligação *logit*, também foi possível apresentar a razão de chances (compara as chances de 2 eventos, em que a chance de um evento é igual à probabilidade de o evento ocorrer dividida pela probabilidade de ele não ocorrer) e a diferença de razão.

## 5 RESULTADOS

Este tópico apresenta os resultados do presente estudo. Para um melhor entendimento, inicialmente, foi caracterizada a amostra. Também são descritas as variáveis e os constructos investigados: qualidade de vida e a satisfação com a vida, de acordo com os objetivos estabelecidos para esta pesquisa.

### 5.1 RESULTADOS DESCRITIVOS

Devido ao fato da coleta ter sido realizada de forma individualizada, houve um cuidado por parte dos pesquisadores no sentido de minimizar a perda amostral. Participaram desta investigação 375 idosos fisicamente ativos, com idades entre 75 e 85 anos [Média= 78,35; Desvio-Padrão (DP) = 3,23], com peso variando entre 40 e 105 kg [Média= 65,69; Desvio-Padrão (DP) = 12,20] e com IMC médio de 25,40 kg/m<sup>2</sup>, valor este classificado como adequado, segundo o Ministério da Saúde para esse público (BRASIL, 2017).

Tabela 1: Frequência absoluta e relativa das variáveis.

	n (%)
<b>Total</b>	375 (100%)
<b>Sexo</b>	
Masculino	90 (24%)
Feminino	285 (76%)
<b>Etnia</b>	
Negro (a)	58 (15,5%)
Amarelo (a)	10 (2,7%)
Branco (a)	262 (69,9%)
Pardo (a)	44 (11,7%)
Indígena	1 (0,3%)
<b>Estado civil</b>	
Solteiro (a)	32 (8,5%)

Viúvo (a)	182 (48,5%)
Casado (a)/União de fato	139 (37,1%)
Divorciado (a)/Separado (a)	22 (5,9%)
<b>IMC</b>	
< 21,9 kg/m <sup>2</sup>	72 (19,2%)
22 - 27 kg/m <sup>2</sup>	183 (48,8%)
> 27,1 kg/m <sup>2</sup>	120 (32%)
<b>Moradia</b>	
Sozinho	132 (35,2%)
Com esposo	107 (28,5%)
Com filhos e netos	99 (26,4%)
Com amigos e parentes	37 (9,9%)
<b>Número de pessoas na casa</b>	
0	132 (35,2%)
1	162 (43,1%)
2	53 (14,1%)
3 ou mais	28 (7,5%)
<b>Trabalha?</b>	
Sim	4 (1,1%)
Não	31 (8,3%)
Aposentado (a)	311 (82,9%)
Aposentado (a) e Trabalha	29 (7,7%)
<b>Horas de trabalho</b>	
Até 20h	19 (57,6%)
Entre 20 e 30h	7 (21,2%)
40h ou mais	7 (21,2%)
<b>Escolaridade</b>	
Ensino Fundamental incompleto	120 (32%)
Ensino Fundamental completo	81 (21,6%)
Ensino Médio incompleto	16 (4,3%)
Ensino Médio completo	86 (22,9%)
Ensino Superior incompleto	8 (2,1%)
Ensino Superior completo	64 (17,1%)
<b>Renda</b>	
Menos de 1 salário mínimo	2 (0,5%)
1 salário mínimo	60 (16%)
De 2 a 5 salários mínimos	235 (62,7%)
De 5 a 10 salários mínimos	57 (15,2%)
Mais de 10 salários mínimos	21 (5,6%)

**Doenças diagnosticadas**

Sem doenças	46 (12,3%)
Gastrite	20 (5,3%)
Diabetes	70 (18,7%)
Hipercolesterolemia	106 (28,3%)
Hipertensão	216 (57,6%)
Câncer	8 (2,1%)
Doenças do coração	51 (13,6%)
Doenças renais	6 (1,6%)
Asma/bronquite	20 (5,3%)
Depressão	18 (4,8%)
Artrite/artrose	136 (36,3%)
Outras	85 (22,7%)

**Comorbidades**

0	46 (12,3%)
1	93 (24,8%)
2	118 (31,5%)
3	71 (18,9%)
4 ou mais	47 (12,5%)

**Tempo da última queda**

Nunca caiu	173 (46,1%)
3 meses atrás	42 (11,2%)
6 meses atrás	24 (6,4%)
No último ano	31 (8,3%)
Entre 2 e 5 anos atrás	78 (20,8%)
Há mais de 10 anos	27 (7,2%)

**Dor corporal**

Nenhuma	118 (31,5%)
Quadril	49 (13,1%)
Coluna	161 (42,9%)
Joelho	144 (38,4%)
Pés	47 (12,5%)
Outras	49 (13,1%)

**Dificuldade de realizar tarefas?**

Nenhuma	207 (55,2%)
Raramente	86 (22,9%)
Às vezes	65 (17,3%)
Sempre	17 (4,5%)

**Quais tarefas?**

Varrer casa	39 (10,4%)
-------------	------------



Carregar compras	94 (25,1%)
Subir escadas	73 (19,5%)
Atravessar rua	23 (6,1%)
Amarrar tênis	41 (10,9%)
Outras	24 (6,4%)
<b>Ingestão de bebidas alcoólicas</b>	
Sim	94 (25,1%)
Raramente	38 (10,1%)
Às vezes	52 (13,1%)
Sempre	7 (1,9%)
Não	281 (74,9%)
<b>Tabagismo</b>	
Sim	6 (1,6%)
Raramente	1 (0,3%)
Às vezes	3 (0,8%)
Sempre	2 (0,5%)
Não	369 (98,4%)
<b>Tempo fisicamente ativo</b>	
Menos de 1 ano	10 (2,7%)
De 1 a 5 anos	79 (11,1%)
De 5 a 10 anos	117 (31,2%)
Mais de 20 anos	116 (30,9%)
Mais de 50 anos	53 (14,1%)
<b>Tipos de exercícios físicos</b>	
Resistido	137 (36,5%)
Aeróbico	88 (23,5%)
Mistos	150 (40%)
<b>Modalidades praticadas</b>	
Musculação	44 (11,7%)
Hidroginástica	63 (16,8%)
Pilates	114 (30,4%)
Corrida	10 (2,7%)
Dança	74 (19,7%)
Caminhada	128 (34,1%)
Natação	8 (2,1%)
Ginástica	144 (38,4%)
Outros	51 (13,6%)
<b>Frequência semanal</b>	
1 vez	0 (0%)
2 vezes	114 (30,4%)

3 vezes	115 (30,7%)
4 vezes	73 (19,5%)
5 vezes	58 (15,5%)
6 vezes ou mais	15 (4,0%)
<b>Frequência diária</b>	
Menos de 30 minutos	6 (1,6%)
30 minutos	33 (8,8%)
1 hora	322 (85,9%)
2h ou mais	14 (3,7%)
<b>Local de prática de exercícios físicos</b>	
Academia	211 (56,3%)
Rua	105 (28%)
Clube	68 (18,1%)
Casa	24 (6,4%)
Outros	114 (30,4%)
<b>O que motiva o idoso a praticar exercícios físicos</b>	
Saúde	305 (81,3%)
Estética	80 (21,3%)
Família	59 (15,73%)
Médico	71 (18,9%)
Outros	68 (18,1%)
<b>Melhorias devido ao exercício físico</b>	
Sem melhorias	10 (2,7%)
Redução das dores	219 (58,4%)
Redução das doenças	131 (34,9%)
Estética	124 (33,1%)
Redução dos remédios	36 (9,6%)
Maior disposição	307 (81,9%)
Mais amizades	244 (65,1%)
Outros	28 (7,5%)
<b>Estado geral de saúde</b>	
Ruim	3 (0,8%)
Bom	199 (53,1%)
Insatisfatório	3 (0,8%)
Muito bom	68 (18,1%)
Médio	54 (14,4%)
Excelente	48 (12,8%)

---

Fonte: A autora (2019).

A Tabela 1 (página 102) apresenta as frequências relativas e absolutas dos idosos em relação à amostra. Esta foi composta por 285 mulheres (76%) e 90 homens (24%), em que 69,9% (n=262) se autodeclararam brancos e 15,5% (n=58), negros. Quanto ao estado civil, 48,5% dos participantes da amostra (n=182) se declararam viúvos e 37,1% (n=139) se declararam casados ou em união de fato. Dos investigados, 35,2% (n=132) residiam sozinhos ou com apenas uma pessoa (43,1% n=162).

Considerando a população-alvo da pesquisa – idosos fisicamente ativos – o IMC médio da amostra foi considerado normal ou adequado. Desse modo, 19,2% dos idosos (n=72) se encontravam abaixo do peso, 48,8% (n=183) dentro dos valores adequados (eutróficos) e 32% (n=120) com sobrepeso e obesidade. As 3 doenças mais relatadas foram hipertensão (57,6%; n=216), artrite/artrose (17,5%; n=136) e hipercolesterolemia (28,3%; n=106). Nesse sentido, as comorbidades foram um aspecto de grande destaque na amostra, uma vez que 31,5% (n=118) dos idosos relataram a presença de 2 (duas) doenças, 18,9% (n=71) apresentaram 3 doenças e 9,9% (n=37), 4 doenças. A ausência de patologias foi relatada por somente 12,3% dos entrevistados (n=46).

Apesar de 31,5% (n=118) dos participantes do estudo não apresentarem nenhuma dor corporal, 42,9% (n= 161) informaram sentir dores na coluna, 38% (n=144) dores nos joelhos, 13,1% (n=49) dores no quadril. As quedas também estão presentes na vida dos idosos: 11,2% (n=42) caíram há mais de 3 meses; 6,4% (n=24) há mais de 6 meses; 8,3% (n=31) no último ano, 20,8% (n=78) caíram entre 2 e 5 anos atrás e 7,2% (n=27) tiveram alguma queda há mais de 10 anos. Aqueles que nunca tiveram nenhum tipo de queda representam 46,1% da amostra (n=173).

As atividades que apresentaram maior grau de dificuldade para os indivíduos com limitações na realização de tarefas cotidianas (44,8% n=168) foram as seguintes: carregar compras (25,1% n=94), subir escada (19,5% n=73) e amarrar tênis (10,9% n=41).

Os níveis de escolaridade mais baixos foram relatados por mais da metade dos idosos, sendo que 32% (n=120) não completaram os primeiros anos de ensino e 21,6% (n=81) concluíram somente o Ensino Fundamental. A aposentadoria é predominante entre os investigados. Dessa forma, 82% (n=311) são aposentados, e 7,7% (n=29) se aposentaram, mas continuam trabalhando. Entre os investigados que trabalham, 57,6% (n=19) apresentam jornada semanal de até 20 horas; 21,2% (n=7)

entre 20 e 30 horas e 21,21% da amostra (n=7) trabalham mais de 40 horas semanais. A maior parte dos participantes apresentam renda entre 2 e 5 salários mínimos (62,7%; n=235) e 16% (n=60) vivem com até 1 salário mínimo.

Nesta pesquisa, 74,9% dos idosos (n= 94) relataram não consumir bebidas alcoólicas e apenas 1,6% declararam-se tabagistas (n=6). Em relação à prática de exercícios físicos, 31,2% (n= 117) encontravam-se fisicamente ativos por um período de 5 a 10 anos, 40% relataram fazer exercícios físicos mistos (n=150), sendo que esses eram realizados, predominantemente, nas academias (56,3% n=211), com duração de 1 hora (85,9% n= 322) e frequência semanal de 3 vezes (30,7% n=115). Dentre os fatores que motivam a prática de exercícios físicos, destacam-se a saúde (81,3% n=305) e a estética (21,3% n= 80). As modalidades mais adotadas pelos idosos são ginástica (38,4%; n=144), caminhada (34,1%; n=128) e pilates (30,4%; n=144). Os idosos relataram que a prática de exercícios físicos promoveu maior disposição (81,9%; n=307), mais amizades (65,1%; n=244) e redução das dores (58,4%; n=219). Nessa perspectiva, 53,1% dos idosos (n=199) avaliaram seu estado de saúde como bom e apenas 0,8 % como ruim (n=3).

Tabela 2: Análise descritiva dos domínios de qualidade de vida e satisfação com a vida.

	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>
<b>SF-36</b>				
Capacidade funcional	5,00	100,00	78,64	18,14
Aspectos físicos	0,00	100,00	83,53	32,40
Dor	10,00	100,00	74,45	22,38
Estado geral de saúde	10,00	100,00	74,19	15,25
Vitalidade	0,00	100,00	71,01	18,65
Aspectos sociais	0,00	100,00	84,10	19,99
Aspectos emocionais	0,00	100,00	77,32	35,14
Saúde mental	0,00	100,00	78,12	17,30
<b>LSITA</b>				
Otimismo	8,00	30,00	22,23	3,77
Resolução e Força moral	13,0	36,00	28,10	4,35
Autoconceito	6,00	24,00	16,65	3,71
Humor	9,00	30,00	21,89	4,12
Congruência entre objetivos alcançados e desejados	4,00	18,00	14,60	2,77

Fonte: A autora (2019).

Na Tabela 2, encontra-se a análise descritiva das dimensões do SF-36 e LSITA. Em relação à qualidade de vida, o domínio Aspectos sociais apresentou maior média (Média=84,10; DP=19,99). A Vitalidade foi o domínio que apresentou a menor média entre os entrevistados (Média=71,01; DP=18,65). Para a satisfação com a vida, o domínio Resolução e Força moral demonstrou maior média (Média=28,10; DP=4,35) e a Congruência entre os objetivos desejados e alcançados apresentou a menor média (Média=14,60; DP=2,77).

Tabela 3: Frequência absoluta e relativa dos domínios de qualidade de vida e satisfação com a vida.

	n (%)
<b>Total</b>	375 (100%)
<b><u>Qualidade de vida</u></b>	
<b>Capacidade funcional</b>	
Baixa	11 (2,9%)
Média	74 (19,7%)
Alta	290 (77,3%)
<b>Aspectos físicos</b>	
Baixo	49 (13,1%)
Médio	17 (4,5%)
Alto	309 (82,4%)
<b>Dor</b>	
Baixa	17 (4,5)
Média	24 (33,1%)
Alta	234 (62,5%)
<b>Estado Geral de Saúde</b>	
Baixo	9 (2,4%)
Médio	279 (21,1%)
Alto	287 (76,5%)
<b>Vitalidade</b>	
Baixa	19 (5,1%)
Média	120 (32,0%)
Alta	236 (62,9%)
<b>Aspectos sociais</b>	
Baixo	10 (2,7%)
Médio	57 (15,2%)
Alto	308 (82,1%)
<b>Aspectos Emocionais</b>	
Baixo	46 (12,3%)

Médio	88 (23,5%)
Alto	241 (64,3%)
<b>Saúde Mental</b>	
Baixa	13 (3,5%)
Média	61 (16,3%)
Alta	301 (80,3%)
<b>Satisfação com a vida</b>	
<b>Otimismo</b>	
Baixo	8 (2,1%)
Médio	130 (34,7%)
Alto	237 (63,2%)
<b>Resolução e força moral</b>	
Baixa	6 (1,6%)
Média	78 (20,8%)
Alta	291 (77,6%)
<b>Autoconceito</b>	
Baixo	18 (4,8%)
Médio	199 (53,1%)
Alto	158 (42,1%)
<b>Humor</b>	
Baixo	10 (2,7%)
Médio	144 (38,4%)
Alto	221 (58,9%)
<b>Congruência</b>	
Baixa	7(1,9%)
Média	83 (22,1%)
Alta	285 (76,0%)

Fonte: A autora (2019).

A Tabela 3 representa a frequência relativa e absoluta dos domínios da qualidade de vida e de satisfação com a vida obtidos com a ACM. Observa-se que, em todos os domínios da qualidade de vida, há maior prevalência de indivíduos nas categorias altas. O mesmo ocorre nos domínios de satisfação com a vida, salvo no Autoconceito, em que grande parte da amostra (53,1% n=199) situa-se na categoria média desse conceito.

Tabela 4: Frequência relativa e absoluta da qualidade de vida e satisfação com a vida.

	<b>n (%)</b>
<b>Total</b>	375 (100%)
<b>Qualidade de vida</b>	
Baixa	76 (20,3%)
Alta	299 (79,7%)
<b>Satisfação com a vida</b>	
Baixa	119 (31,33%)
Alta	256 (68,26%)

Fonte: A autora (2019).

A partir desses resultados, realizou-se a soma dos domínios referentes a cada constructo e como premissa para modelo de regressão, a qualidade de vida e satisfação com a vida foram reclassificadas (Tabela 4).

## 5.2 ANÁLISE DE CORRESPONDÊNCIA MÚLTIPLA

Dentre as variáveis investigadas, optou-se por retirar 2 (duas) variáveis de saúde desta análise: Consumo de tabaco e Frequência de consumo de tabaco, devido à baixa frequência entre os investigados (6 idosos – 1,6%). De igual modo, o Consumo de álcool e a Frequência de consumo de álcool foram ocultados da figura para melhor visualização e compreensão da análise.

Ao analisar a associação do grupo das variáveis sociodemográficas com domínios da qualidade de vida (Figura 1), as variáveis escolaridade e estado civil não apresentaram relacionamento com os escores altos de nenhum dos domínios; por isso, decidiu-se ocultá-las da Figura 1. Observa-se que altos níveis de Capacidade funcional tendem a se relacionar com aposentadoria, com renda de 2 a 5 salários mínimos, com etnia branca. Essas e outras variáveis, tais como sexo feminino e residir com amigos e parentes, também estão associadas a níveis altos do domínio Aspectos sociais.

Escores altos da Saúde mental demonstram associação com sexo feminino, com etnia branca e com pardos, amarelos e indígenas (outros), com residir

com parentes e amigos (outros) e com 2 (duas) categorias da profissão: ser aposentado e não trabalhar. Ser aposentado também está associado à alta Vitalidade, assim como possuir renda de 2 a 5 salários mínimos.

Algumas categorias situam-se muito próximas umas das outras, impedindo associações isoladas. Isso pode ser percebido no domínio Estado geral de saúde, em que as variáveis aposentadoria, etnia branca e residir com parentes e amigos (outros) estão relacionadas tanto com valores médios quanto com valores altos. Os Aspectos físicos altos apontam associação com as mulheres, com os aposentados, com os de etnia parda, amarela e indígena (outros) e com aqueles que moram com parentes e amigos (outros). Morar com parentes e amigos se relaciona a altos índices dos Aspectos emocionais, assim como ser mulher, os indivíduos aposentados e os de etnia parda, amarela e indígena (outros). A Dor, por sua vez, apresenta correlação com aposentadoria, com residir com parentes e amigos e ser branco.

A Figura 2 demonstra a relação das variáveis de saúde com os domínios da qualidade de vida. Níveis altos da Capacidade funcional e da Saúde mental exibem relações concisas com o IMC (baixo peso e peso adequado). Um elevado Estado geral de saúde e níveis altos de Aspectos físicos também estão relacionados ao peso baixo e ao peso adequado, além de exibirem associação com o estado de saúde (muito bom/excelente), com a ausência de doenças e com a presença de 1 (uma) ou 2 (duas) patologias. Outros domínios que exprimem associações com baixo peso e peso adequado são a Vitalidade, a Dor e os Aspectos sociais, que, em níveis altos, além de se correlacionarem com essas 2 (duas) categorias do IMC, também se relacionam com a menor quantidade de doenças (1 doença) e com estado de saúde muito bom/excelente. Aspectos emocionais foi o único domínio que, ao ser analisado pelos altos escores, demonstrou relação com baixo peso e com a presença de 1 (uma) doença.

A Figura 3 ilustra as análises em que se comparam o grupo de variáveis de Exercício físico e os domínios da qualidade de vida. Ser fisicamente ativo por um período de 20 anos ou mais, realizar exercícios mistos, com a frequência semanal de 3 a 4 vezes e diária de 1 (uma) hora, sob motivação intrínseca e apresentar de 3 a 5 e 6 melhorias demonstram estar associados a altos escores dos domínios Capacidade funcional, Dor, Estado geral de saúde e Saúde mental. Essas variáveis podem ser percebidas ao explorar a Vitalidade. Contudo, não há como inferir que elas estejam associadas apenas a níveis altos desse domínio, visto que os níveis médios e altos



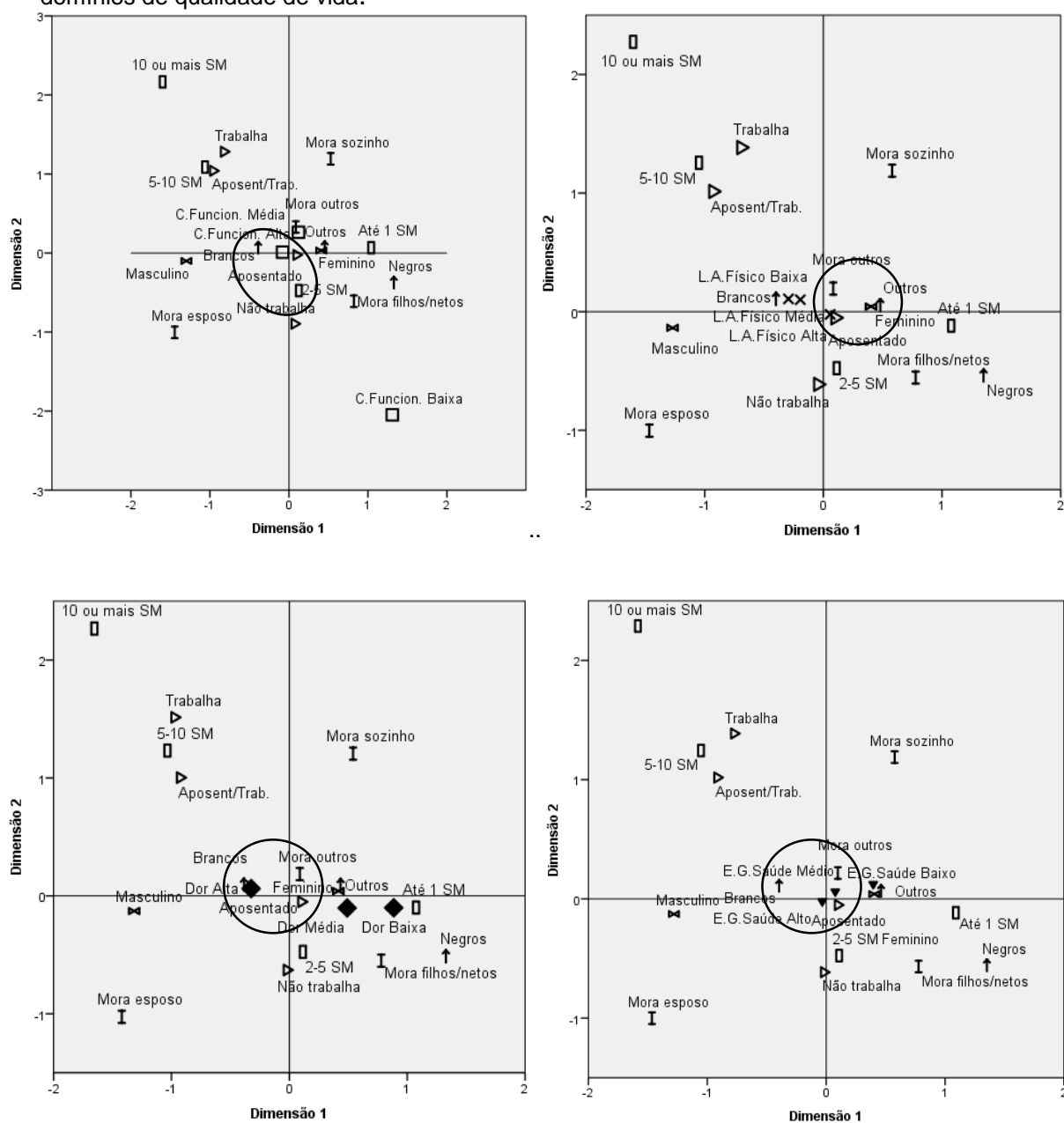
se encontram muito próximos. Já o domínio Aspectos sociais exprime relação positiva com as frequências de 1 hora/dia e semanal de 3 a 4 vezes, com tempo de prática de 20 anos ou mais e também com 3 e 5 melhorias.

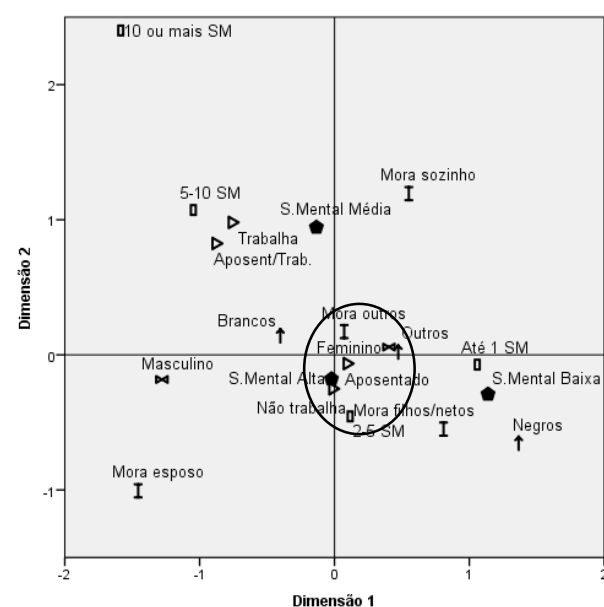
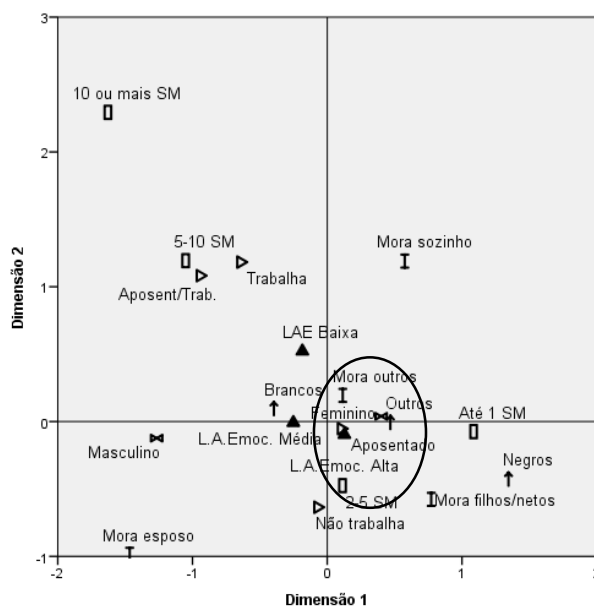
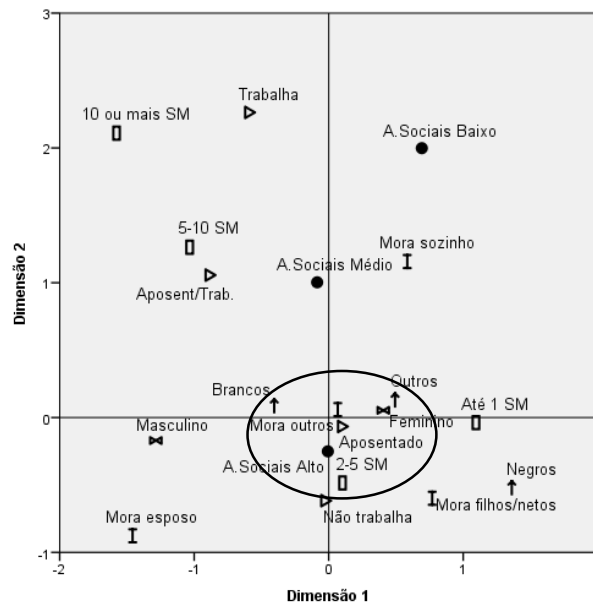
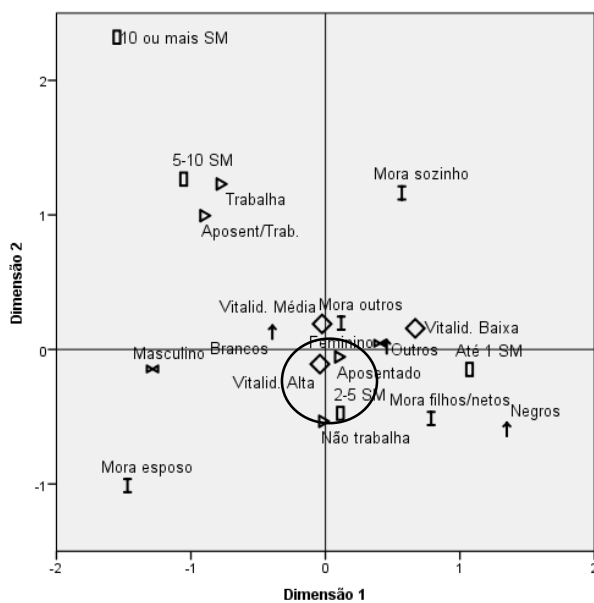
Para o domínio Aspectos físicos, o tempo de prática de exercícios físicos de 5 a 10 anos e acima de 20 anos associa-se a níveis altos desse domínio, assim como as variáveis motivação intrínseca e 1, 3 e 5 melhorias. Os escores altos do domínio Aspectos emocionais se correlacionam com 1 (uma) e 2 (duas) melhorias, com motivação extrínseca e intrínseca, com frequência semanal de 3 a 4 vezes e com o fato de o idoso ter tempo de prática de exercícios físicos entre 5 e 10 anos.

As variáveis de limitação e dor relacionadas aos domínios de qualidade de vida são descritas na Figura 4. Apresentar índices altos de Capacidade funcional, dos Aspectos físicos, do Estado geral de saúde, de Vitalidade, dos Aspectos emocionais e de Saúde mental demonstram que os idosos estão vinculados com ausência ou presença de 1 (um) tipo de dor, com inexistência de quedas e de dificuldades para realização de tarefas cotidianas. Os Aspectos sociais altos, além de apresentarem uma densa relação com as variáveis citadas anteriormente, ainda se correlacionam com as quedas que ocorreram no último ano, há mais de 1 ano e com 3 tipos de dores. O domínio Dor exhibe correspondência com ausência de quedas e com 2 (duas) categorias da variável dor: nenhuma dor e 1 (um) tipo de dor.

Dessa forma, em relação a esta amostra, é possível inferir que ser mulher, apresentar etnia branca, ser aposentado, ter peso adequado ou baixo peso, residir com parentes e amigos, não apresentar patologias ou apenas possuir 1 (uma) doença diagnosticada, não sentir dor ou ter apenas 1 tipo de dor, nunca ter caído, não apresentar dificuldades na realização de tarefas, ser fisicamente ativo há pelo menos 20 anos, ter motivação intrínseca para a prática de exercícios físicos, realizar exercícios físicos mistos com a frequência de 3 a 4 vezes/semana, apresentar 3 ou 5 melhorias e apresentar estado de saúde muito bom/excelente é determinante para a alta qualidade de vida.

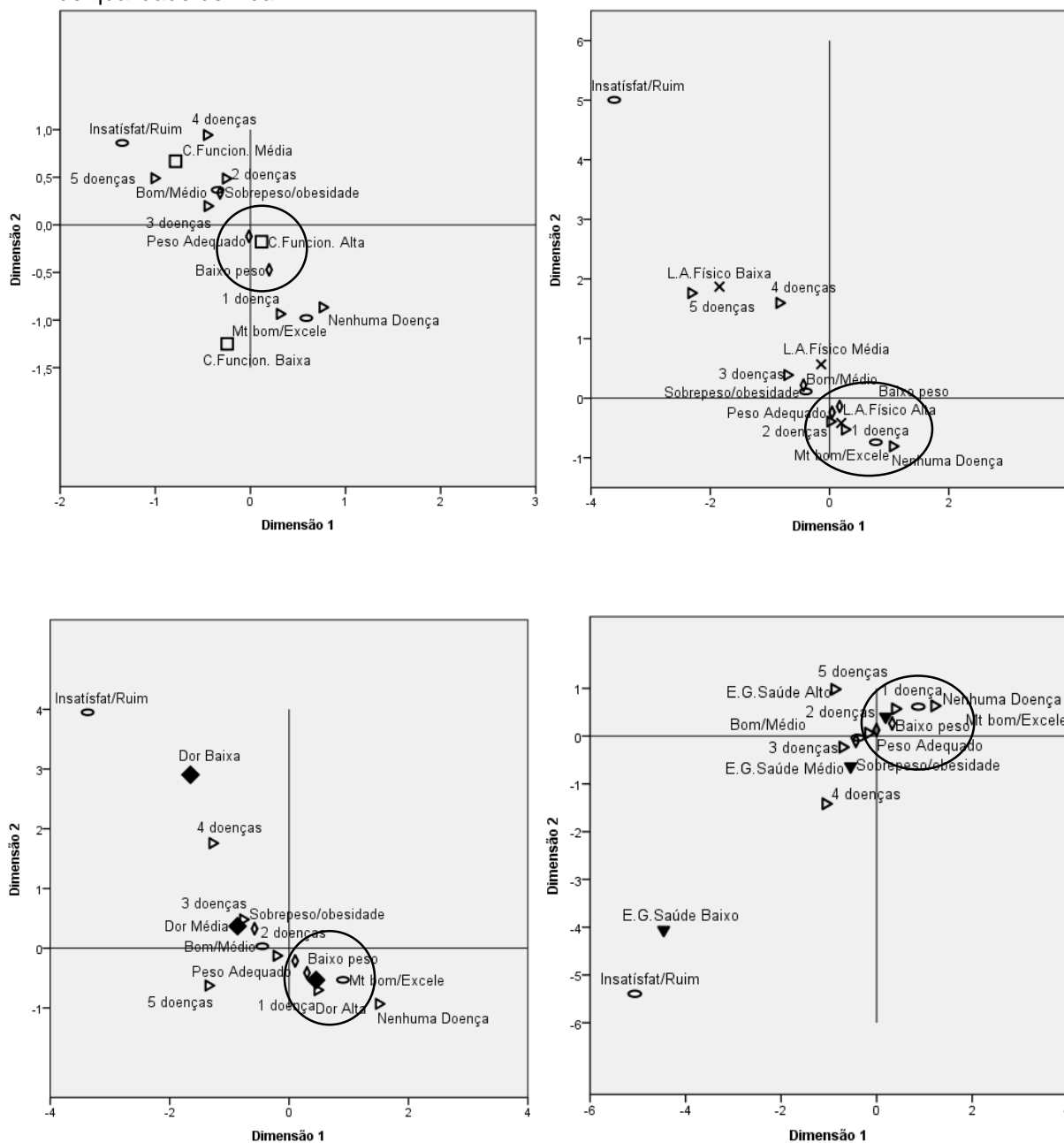
Figura 1: Análise de correspondência múltipla entre o grupo de variáveis sociodemográficas e os domínios de qualidade de vida.

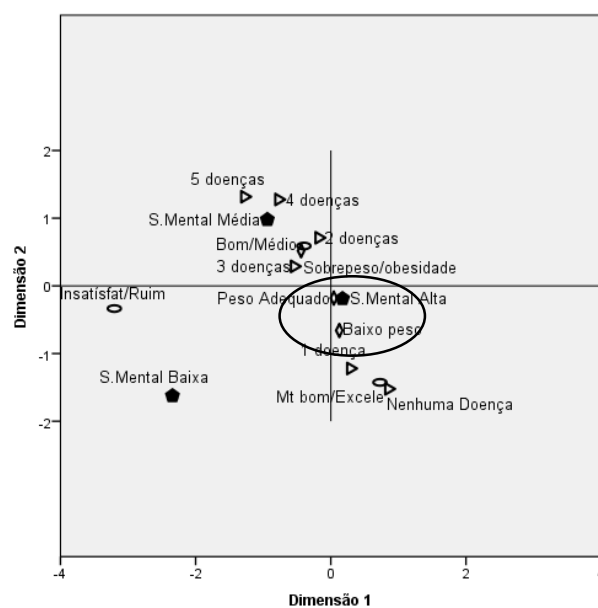
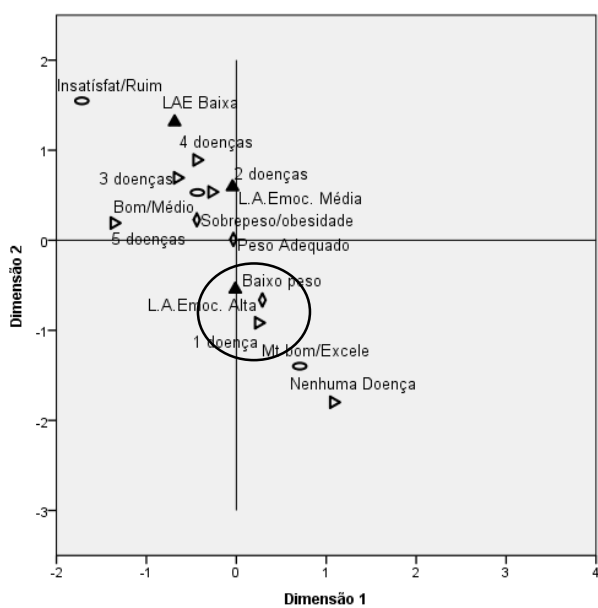
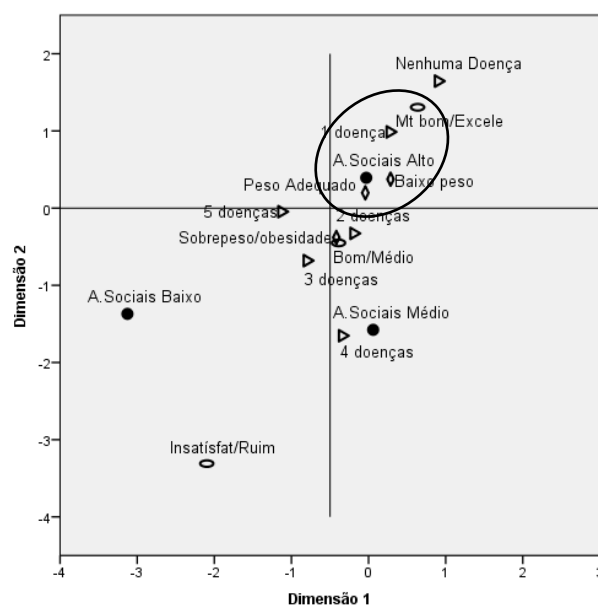
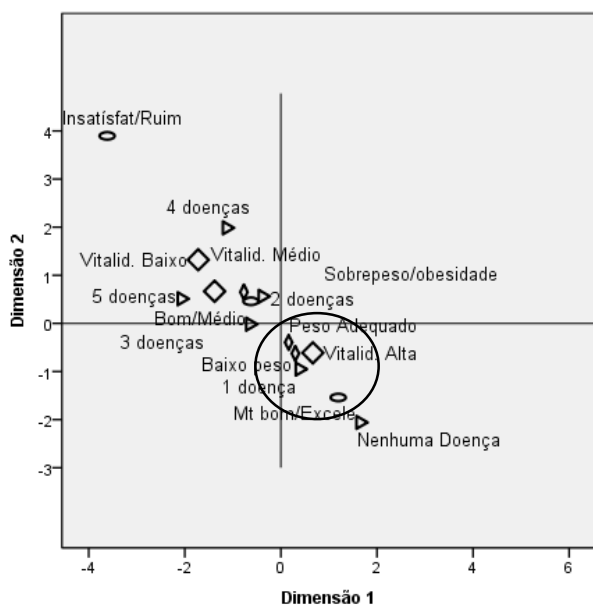




Legenda: □ Capacidade funcional ✕ Aspectos físicos ◆ Dor ▼ Estado geral de saúde ◇ Vitalidade  
 ● Aspectos sociais ▲ Aspectos emocionais ◆ Saúde mental ◇ Escolaridade □ Renda ▷ Profissão I  
 Reside com quem ↑ Etnia ✕ Sexo.  
 Fonte: A autora (2019).

Figura 2: Análise de correspondência múltipla entre o grupo de variáveis de saúde e os domínios de qualidade de vida.

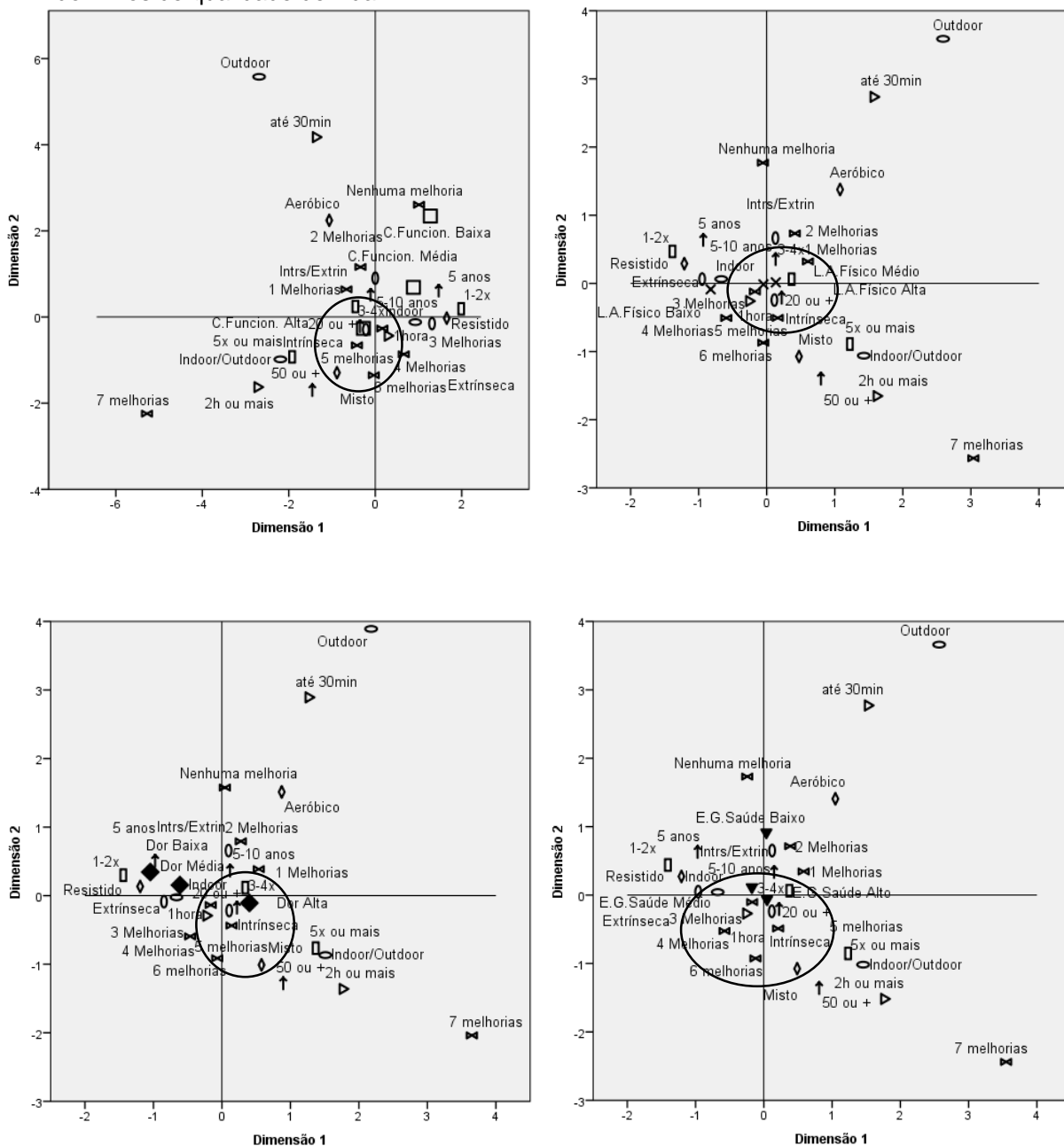


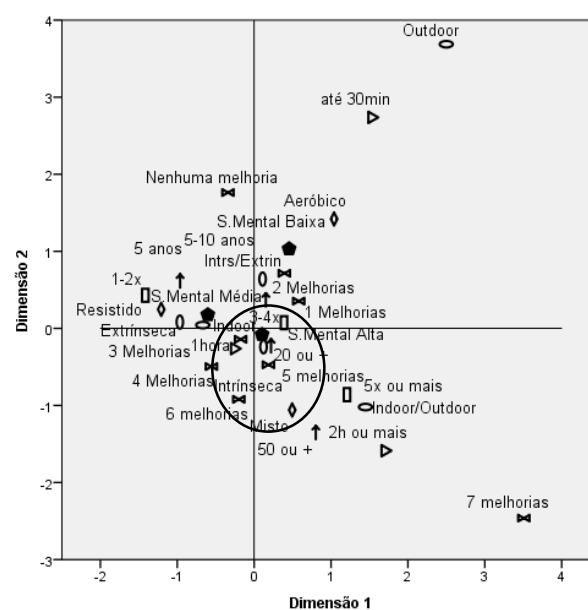
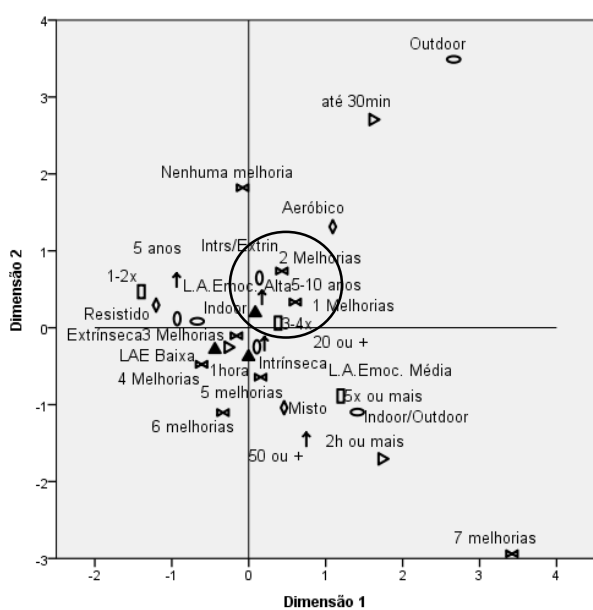
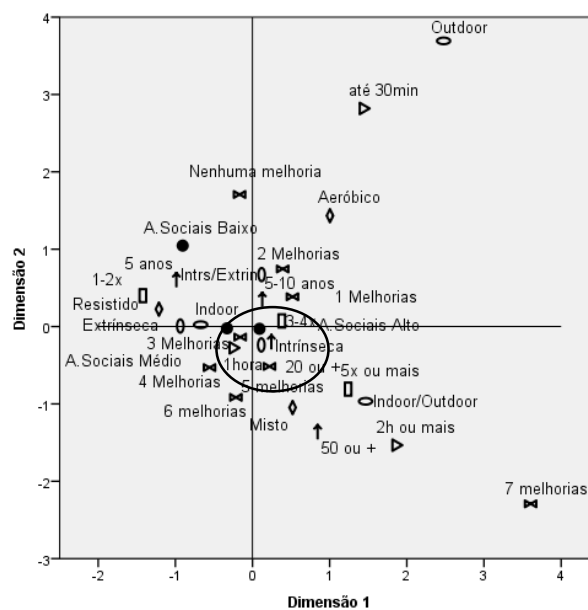
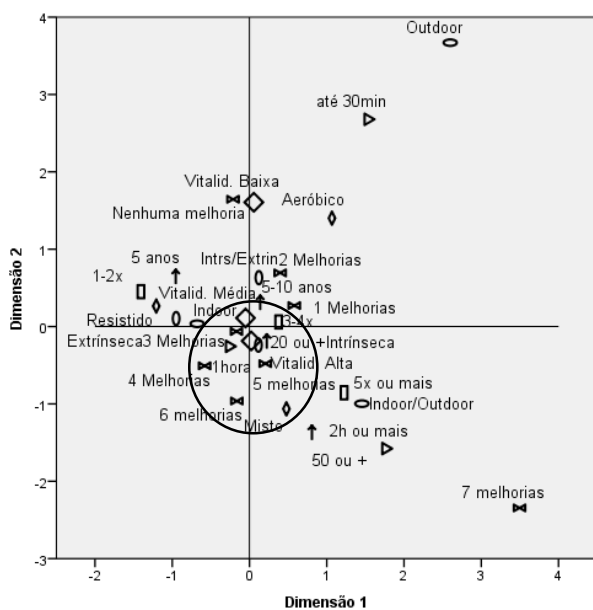


Legenda: □ Capacidade funcional ✕ Aspectos físicos ◆ Dor ▼ Estado geral de saúde ◇ Vitalidade ● Aspectos sociais ▲ Aspectos emocionais ● Saúde mental ◆ IMC ○ Estado de saúde ▷ Número de doenças.

Fonte: A autora (2019).

Figura 3: Análise de correspondência múltipla entre o grupo de variáveis de exercício físico e os domínios de qualidade de vida.

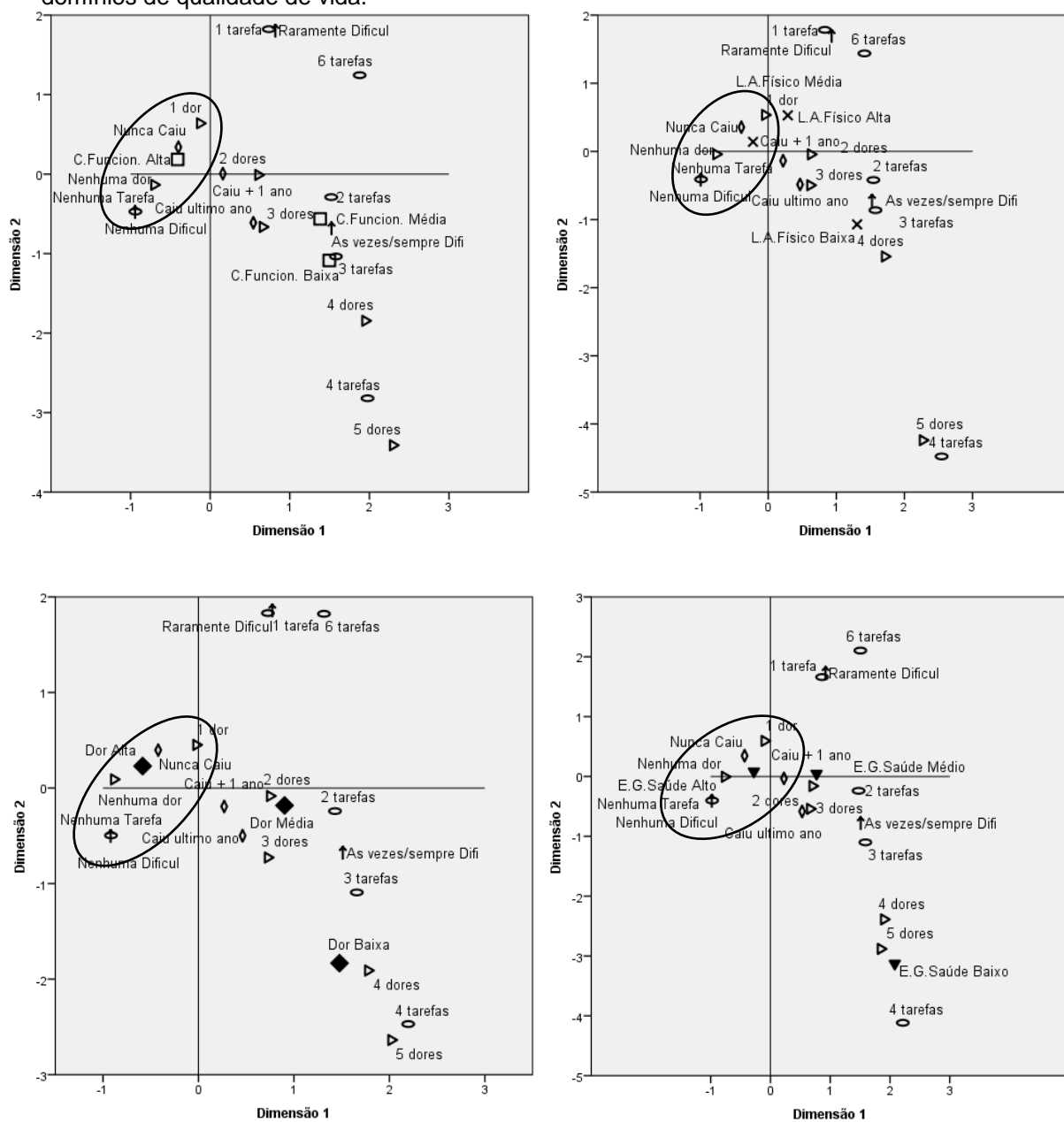




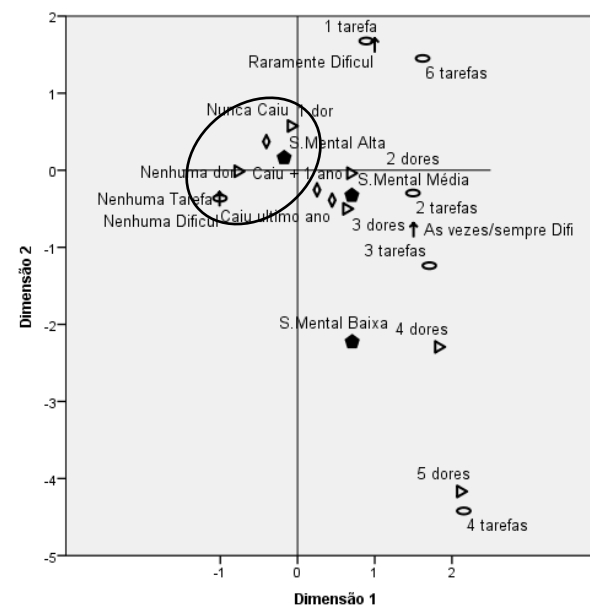
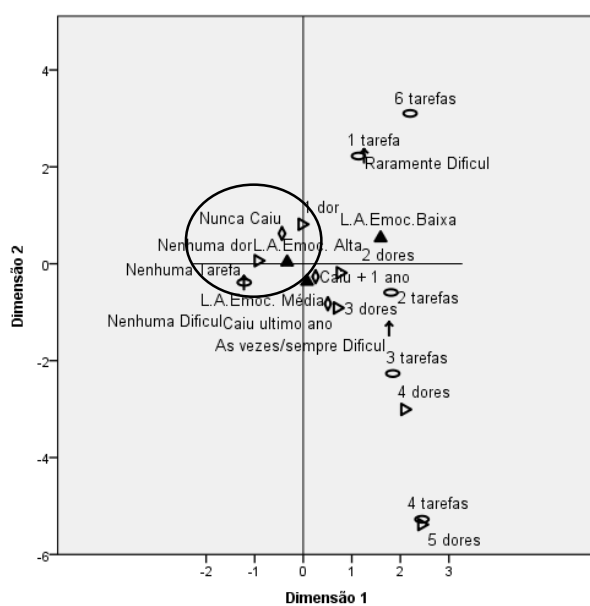
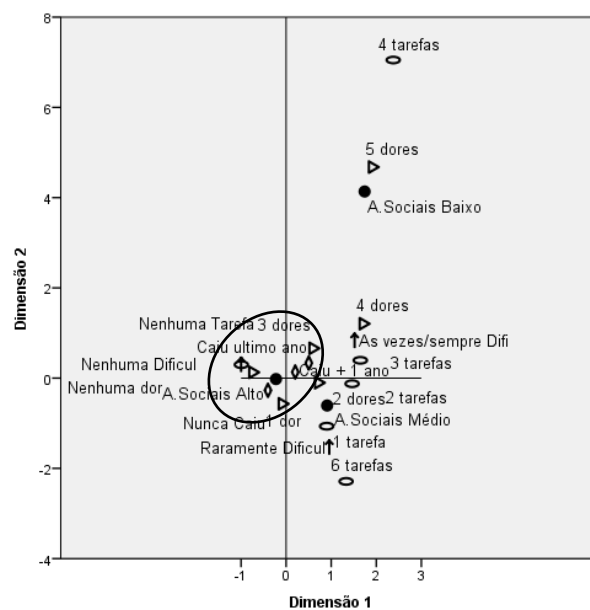
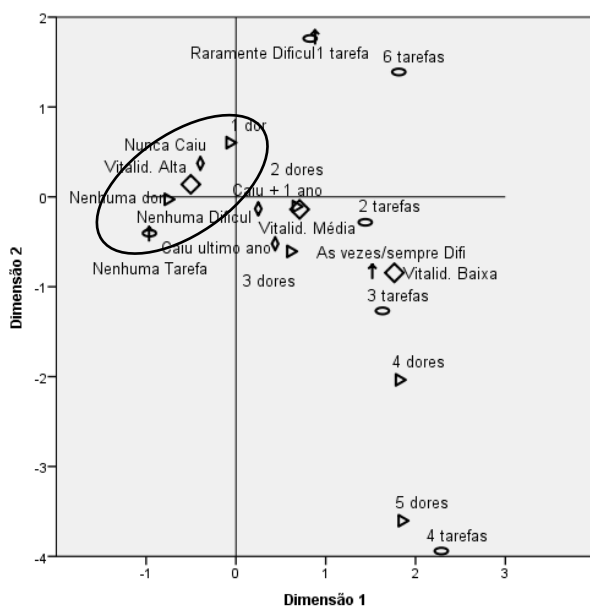
Legenda: □ Capacidade funcional × Aspectos físicos ◆ Dor ▼ Estado geral de saúde ◇ Vitalidade ● Aspectos sociais ▲ Aspectos emocionais ● Saúde mental ◇ Exercícios □ Frequência exercícios/semana ▷ Frequência exercícios/dia ○ Local de prática ↑ Tempo total de exercícios 0 Motivação ✂ Número de melhorias.

Fonte: A autora (2019).

Figura 4: Análise de correspondência múltipla entre o grupo de variáveis de limitação e dor e os domínios de qualidade de vida.







Legenda: □ Capacidade funcional × Aspectos físicos ◆ Dor ▼ Estado geral de saúde ◇ Vitalidade ● Aspectos sociais ▲ Aspectos emocionais ♠ Saúde mental ◊ Quedas ▷ Dor ↑ Dificuldade em realizar tarefas ○ Tarefas limitadas.

Fonte: A autora (2019).

Para a realização da ACM para a satisfação com a vida, decidiu-se por excluir da análise as variáveis de saúde, ou seja, Consumo de tabaco e Frequência de consumo de tabaco, em virtude das baixas frequências dessas variáveis na amostra. As variáveis Consumo de álcool, Frequência do consumo de álcool e estado de saúde (exceto para o Autoconceito) também foram ocultadas da figura para melhor visualização e compreensão da análise.

A Figura 5 descreve a análise entre os domínios de satisfação com vida e o grupo de variáveis sociodemográficas. Por não ter havido associação significativa entre os domínios altos e a renda, escolaridade e estado civil e, para melhor visualização dos resultados, decidiu-se ocultar essas variáveis da Figura 6. Altos níveis de Otimismo e de Congruência entre os objetivos desejados e alcançados exibem associação com a etnia (brancos), com a profissão (aposentado) e com quem os idosos residem (outros – familiares e amigos). Morar com familiares e amigos (outros), ser aposentado e ter etnia parda, amarela ou indígena (outros) também demonstrou ser importante para uma alta Resolução e Força moral. Na análise do domínio Humor, valores altos e médios encontram-se bem próximos uns dos outros; dessa maneira, apesar de níveis altos estarem diretamente relacionados à aposentadoria, pode-se afirmar que existe associação também com o sexo feminino, a etnia branca e residir com outros, tanto para valores altos como médios. O mesmo pode ser percebido com o Autoconceito, pois valores altos e médios desse domínio situam-se próximos uns dos outros; dessa forma, categorias como sexo feminino, aposentadoria, etnia branca e residir com familiares e amigos (outros) relacionam-se tanto a escores médios quanto a escores altos do Autoconceito.

A Figura 6 descreve a associação entre os domínios satisfação com a vida e variáveis de saúde. Diante das variáveis analisadas, aquela que apresenta associação com todos os domínios de valores altos foi o IMC. O Otimismo, o Humor e a Resolução e Força moral em níveis altos apresentam forte associação apenas com as categorias do IMC: peso adequado e baixo peso, não apresentando relação satisfatória para as demais categorias. Percebe-se que a Congruência, além de também estar relacionada ao peso adequado e ao baixo peso, ainda apresenta relação com a menor quantidade de doença, isto é, somente 1 (uma) doença, mas não expressa associação com ausência de doenças, revelando que, mesmo diante das doenças que acometem os idosos mais velhos, quanto menor a quantidade de enfermidade melhor a satisfação com a vida. Diante dos resultados, ainda é possível

verificar que o Autoconceito possui relação direta com o estado de saúde muito bom/excelente, com 1 (uma) patologia e com peso adequado.

Ao analisar as variáveis de exercício físico e os domínios de satisfação com a vida (Figura 7), escores altos de Otimismo estão ligados a exercícios mistos (aeróbicos e anaeróbicos), ao tempo de prática de 20 anos ou mais, à frequência semanal de 3 a 4 vezes e diária de 1 (uma) hora, motivação intrínseca e com 3 a 6 melhorias. O escore alto da Resolução e Força moral alta, por sua vez, exprime associação com todas as variáveis citadas anteriormente, exceto com a frequência semanal de 3 a 4 vezes. Já a Congruência entre objetivos desejados e alcançados exhibe associação com o tempo de prática de exercícios físicos de 5 a 10 anos e 20 anos ou mais, com a frequência semanal de 3 a 4 vezes, com a motivação intrínseca e com 1, 3 e 5 melhorias.

Ao observar o domínio Autoconceito, percebe-se que as categorias média e alta se encontram bem próximas umas das outras. Esse fenômeno pode ser explicado pela frequência dos dados, 199 e 158, respectivamente, fazendo com que valores médio e alto se agrupem, impossibilitando associações separadas. Dessa maneira, o tempo de prática de 20 anos ou mais, a frequência semanal de 3 a 4 vezes e diária de 1 (uma) hora, motivação intrínseca e com 3 a 6 melhorias exprimem relação tanto com Autoconceito médio quanto alto.

No domínio Humor, a análise demonstra que os exercícios mistos (aeróbicos e anaeróbicos), o tempo de prática de 20 anos ou mais, a frequência diária de 1 (uma) hora, a motivação intrínseca e a presença de 3 a 6 melhorias apresentam relação tanto com Humor alto quanto com Humor baixo. A hipótese é a de que o Humor pode sofrer influência de sentimentos como tristeza, pessimismo, solidão, irritabilidade e de doenças como a depressão (BARRET; MURK, 2006), podendo assumir valores negativos, mas que não impedem os idosos de se exercitarem e se beneficiarem dessa prática.

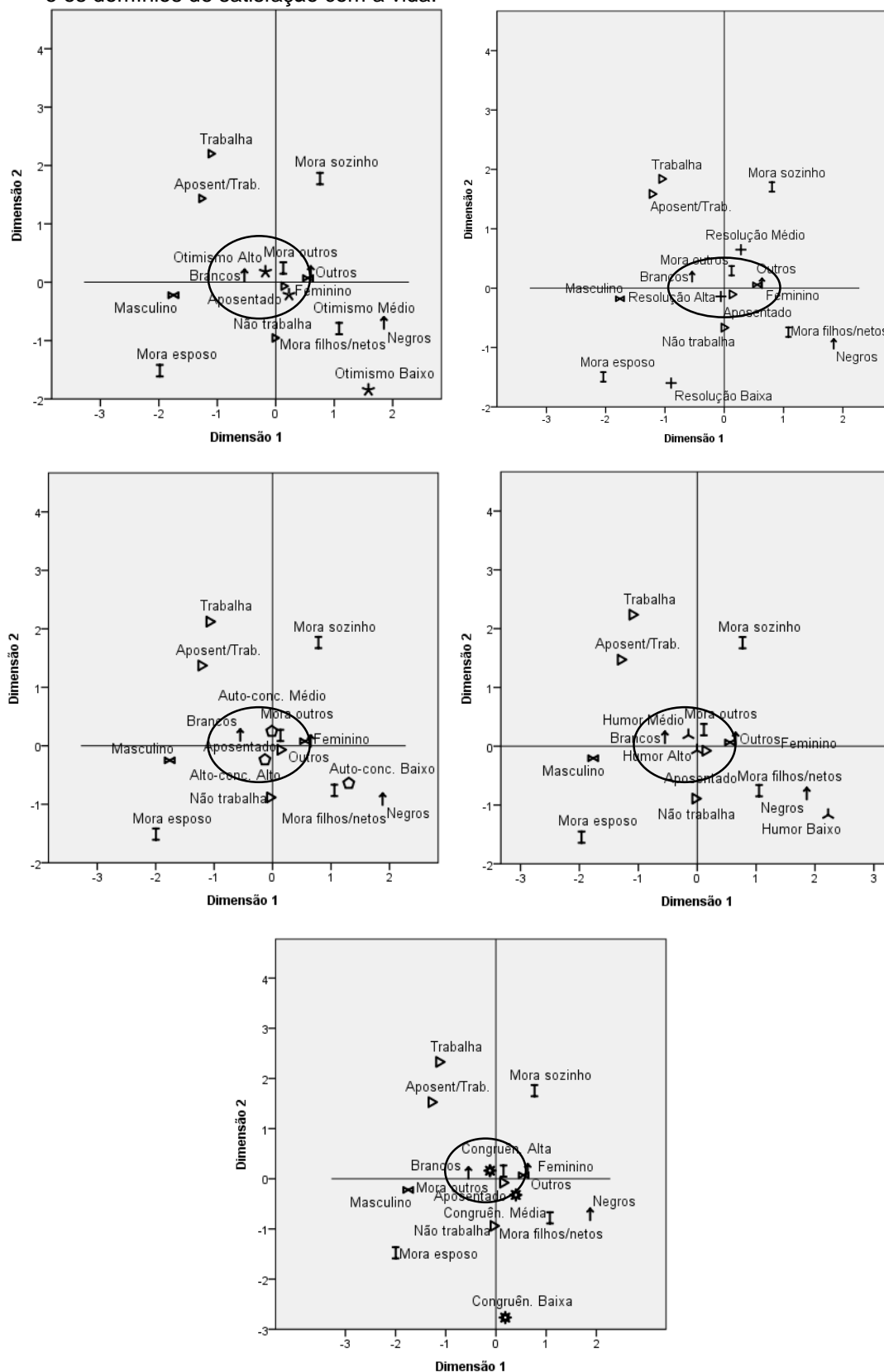
No tocante às Limitações e Dor, de acordo com a Figura 8, é possível perceber que o Otimismo apresenta associação positiva com a ausência de dificuldades para realização de tarefas e inexistência de quedas e dores. Os domínios Autoconceito, Humor e Congruência entre os objetivos alcançados e desejados em níveis altos, além de apresentarem associação com as categorias descritas anteriormente, ainda se associam com um tipo de dor, não exibindo associação relevante com as demais variáveis. A Resolução e Força moral alta também se

relacionam com todas as variáveis citadas, incluindo as quedas que ocorreram há mais de 1 ano.

Em resumo, ser do sexo feminino, de etnia branca, aposentado, residir com parentes e amigos, apresentar peso baixo ou peso adequado, ter reduzido número de doenças, sem dificuldades para realização de tarefas cotidianas, com ausência ou com somente um tipo de dor corporal, fazer parte do grupo de idosos que nunca caíram ou que caíram há mais de 1 (um) ano, que praticam exercícios físicos há pelo menos 20 anos, com frequência semanal de 3 a 4 vezes e diária de 1 (uma) hora, por motivação intrínseca, com 3 a 6 melhorias devido à prática de exercícios físicos estão relacionados a níveis altos de satisfação com a vida.

Em resumo, pode-se concluir que os seguintes fatores estão relacionados a níveis altos de satisfação com a vida: ser do sexo feminino, de etnia branca, aposentado, residir com parentes e amigos, apresentar peso baixo ou peso adequado, ter reduzido número de doenças, sem dificuldades para realização de tarefas cotidianas, com ausência ou com somente um tipo de dor corporal, fazer parte do grupo de idosos que nunca caíram ou que caíram há mais de 1 (um) ano, que praticam exercícios físicos há pelo menos 20 anos, com frequência semanal de 3 a 4 vezes e diária de 1 (uma) hora, por motivação intrínseca, com 3 a 6 melhorias devido à prática de exercícios físicos.

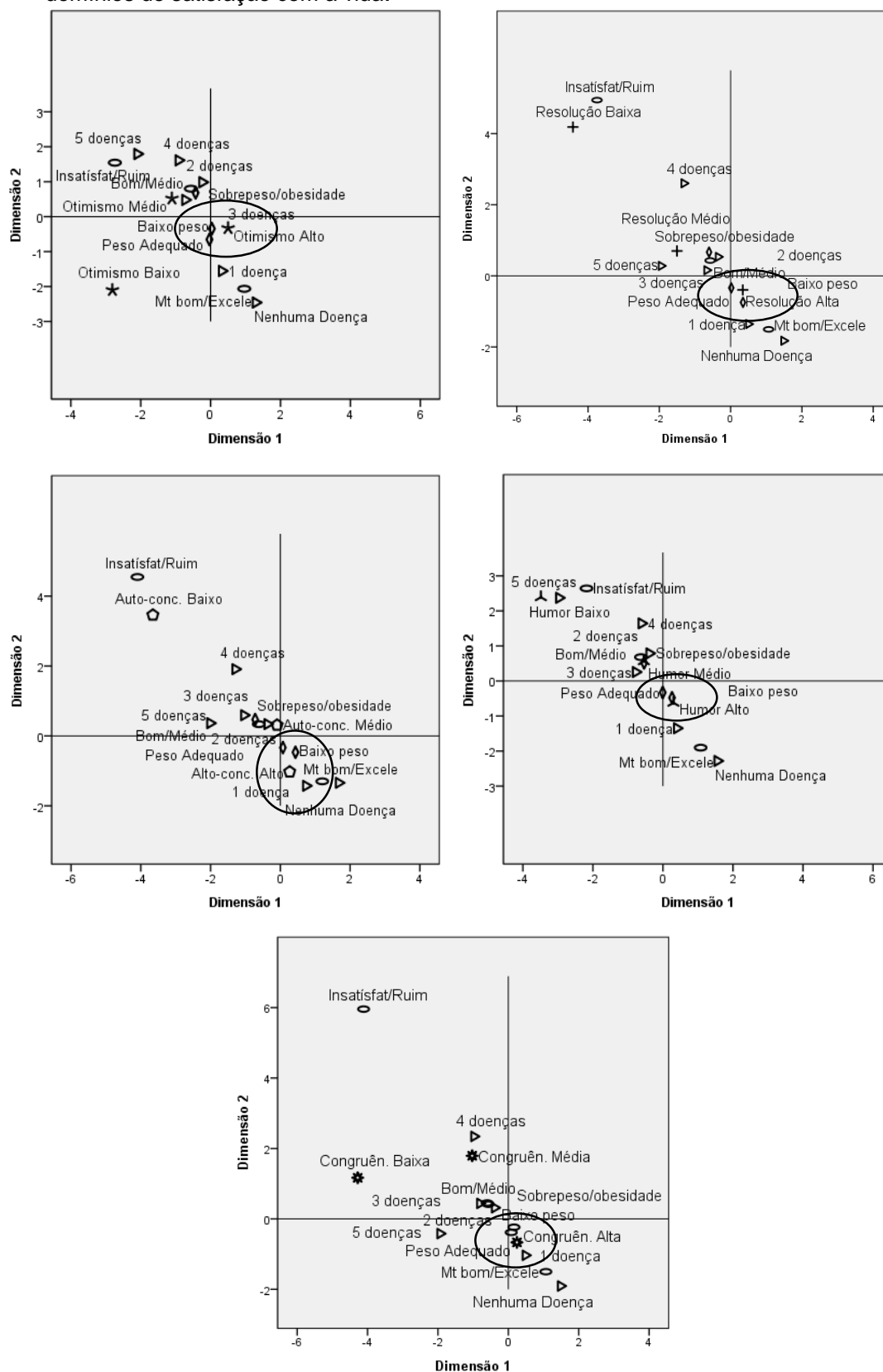
Figura 5: Análise de correspondência múltipla entre o grupo de variáveis sociodemográficas e os domínios de satisfação com a vida.



Legenda: Autoconceito Otimismo Resolução e Força moral Humor Congruência entre objetivos desejados e alcançados Escolaridade Renda Profissão Reside com quem Etnia Sexo.

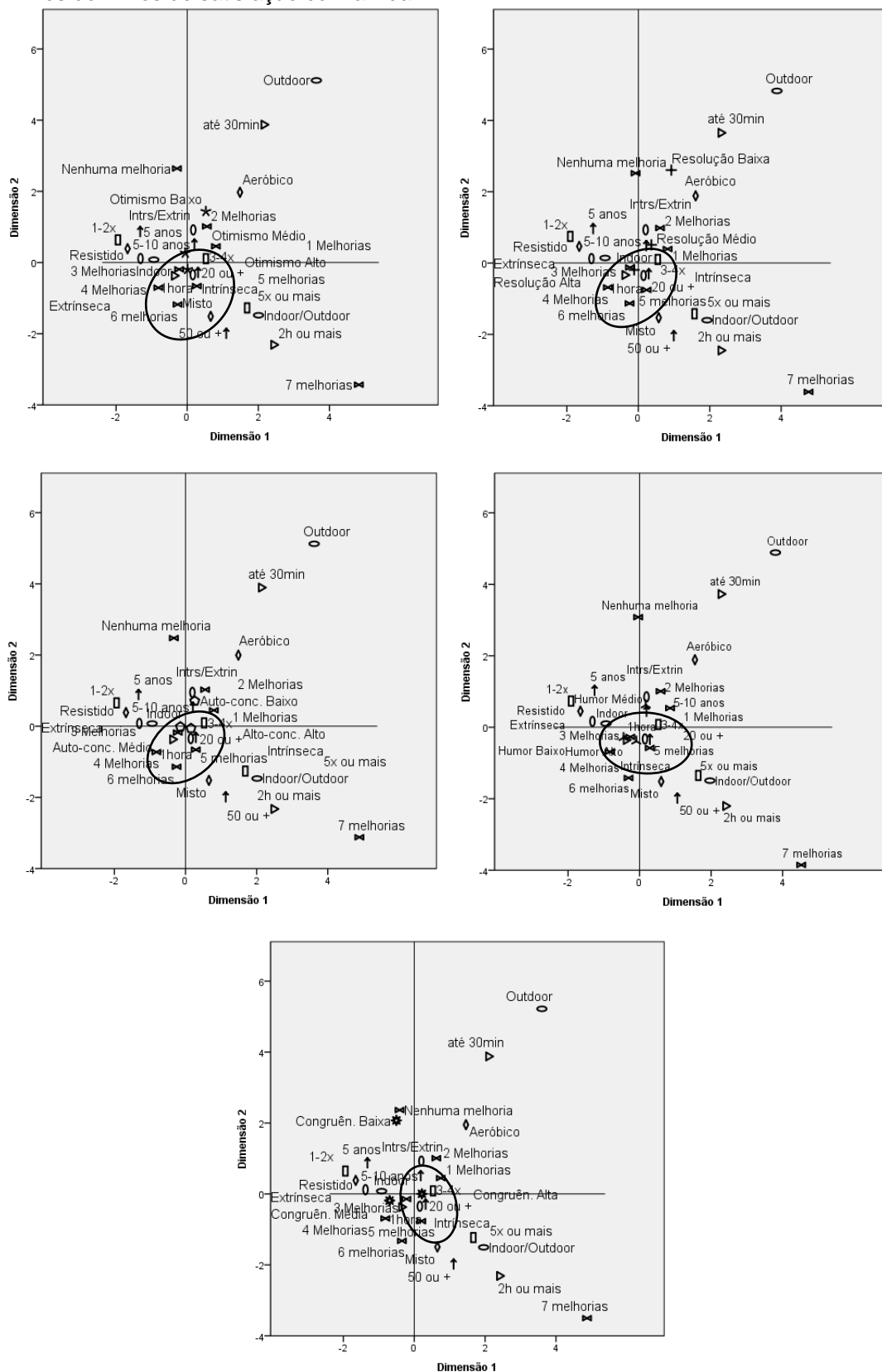
Fonte: A autora (2019).

Figura 6: Análise da correspondência múltipla entre o grupo de variáveis de saúde e os domínios de satisfação com a vida.



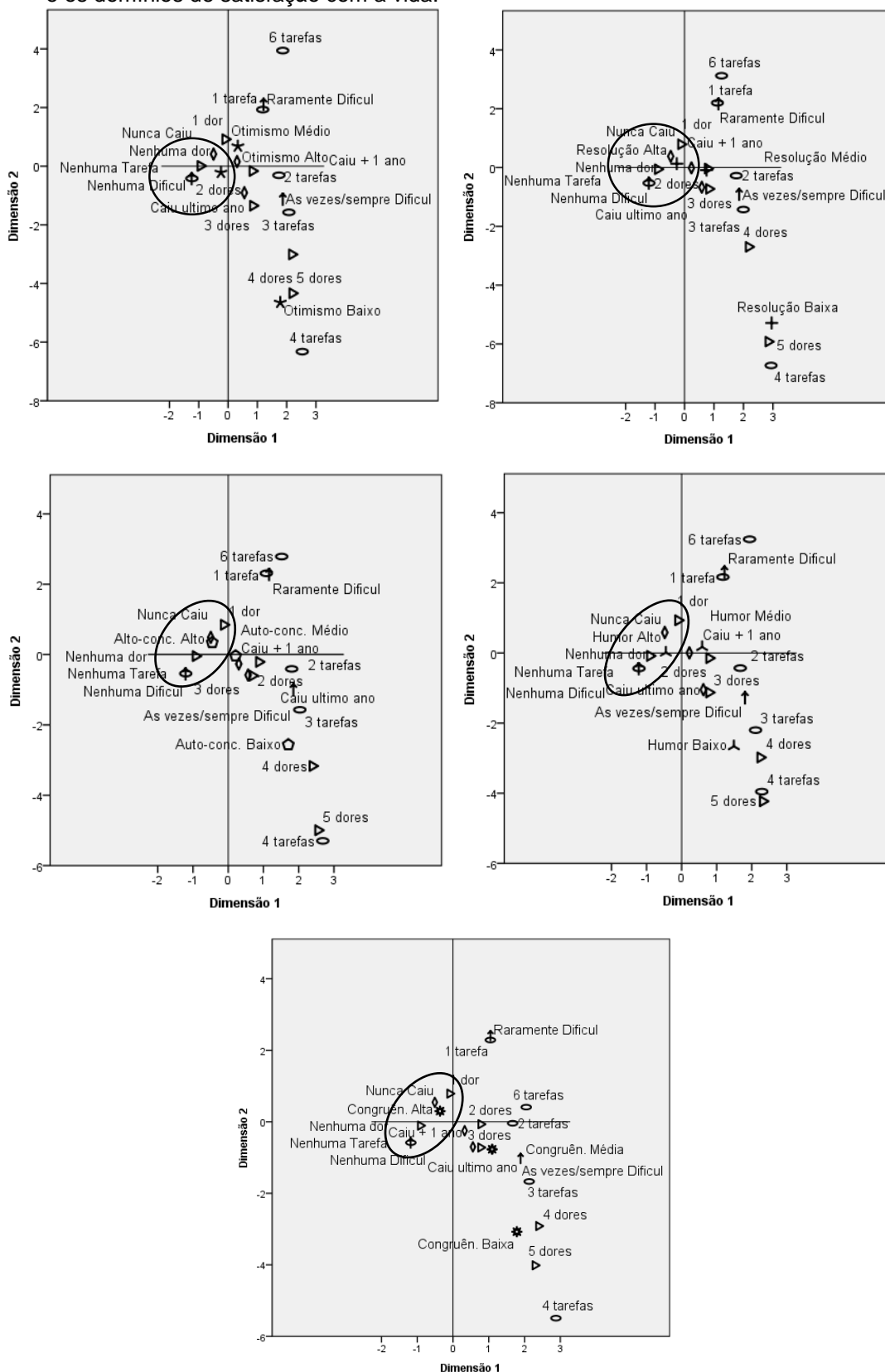
Legenda: ○ Autoconceito \* Otimismo + Resolução e Força moral △ Humor \* Congruência entre objetivos desejados e alcançados ◇ IMC ○ Estado de saúde ▷ Número de doenças.  
Fonte: A autora (2019).

Figura 7: Análise da correspondência múltipla entre o grupo de variáveis de exercício físico e os domínios de satisfação com a vida.



Legenda: Autoconceito Otimismo Resolução e Força moral Humor Congruência entre objetivos desejados e alcançados Exercícios Frequência de exercícios/semana Frequência de exercícios/dia Local de prática Tempo total de exercícios Motivação Número de Melhorias.  
Fonte: A autora (2019).

Figura 8: Análise da correspondência múltipla entre o grupo de variáveis de limitação e dor e os domínios de satisfação com a vida.



Legenda: ○ Autoconceito \* Otimismo + Resolução e Força moral △ Humor \* Congruência entre objetivos desejados e alcançados ◊ Quedas ▷ Dor ↑ Dificuldade em realizar tarefas ○ Tarefas Limitadas.

Fonte: A autora (2019).



### 5.3 REGRESSÃO LOGÍSTICA

O modelo mais ajustado para esta análise foi o um modelo multivariado para a qualidade de vida e um para a satisfação com a vida. A Tabela 5, a seguir, apresenta os resultados da regressão logística das variáveis independentes (número de doenças, de dores, número de tarefas, tipos de exercícios físicos) com a qualidade de vida.

Tabela 5: Modelo 1 – Qualidade de vida.

<b>Preditor</b>	<b>Coefficiente</b>	<b>Razão de chance</b>	<b>Diferença de razão</b>	<b>p-valor</b>
<b>Constante</b>	2,49	100%	0%	1,67e-11*
<b>Número de doenças</b>	-0,24	98%	-2%	0,034*
<b>Número de dores</b>	-2,25	98%	-2%	0,038*
<b>Número de tarefas</b>	0,66	93%	-7%	1,67e-07*
<b>Tipos de exercícios físicos (aeróbico)</b>	0,78	104%	4%	0,006*

\*p < 0,05

Fonte: A autora (2019).

Ao interpretar os valores apresentados na Tabela 5, observa-se que as variáveis número de doenças, número de dores, número de tarefas, tipos de exercícios (aeróbico) apresentam  $p \leq 0,05$ , demonstrando que existe associação significativa entre essas variáveis e a qualidade de vida. Dentre os resultados, o número de tarefas foi a variável de maior significância para o modelo ( $p < 1,67e-07$ ). Quanto à razão de chance e a diferença de razão, esses valores sugerem que a chance de o idoso ter qualidade de vida reduz em 2% a cada doença e a cada dor evidenciada, em 7% a cada tarefa que tenha dificuldade de realização e aumenta em 4%, caso o indivíduo pratique algum exercício aeróbico.

Tabela 6: Qualidade do ajuste do modelo proposto versus escala padrão de qualidade de vida.

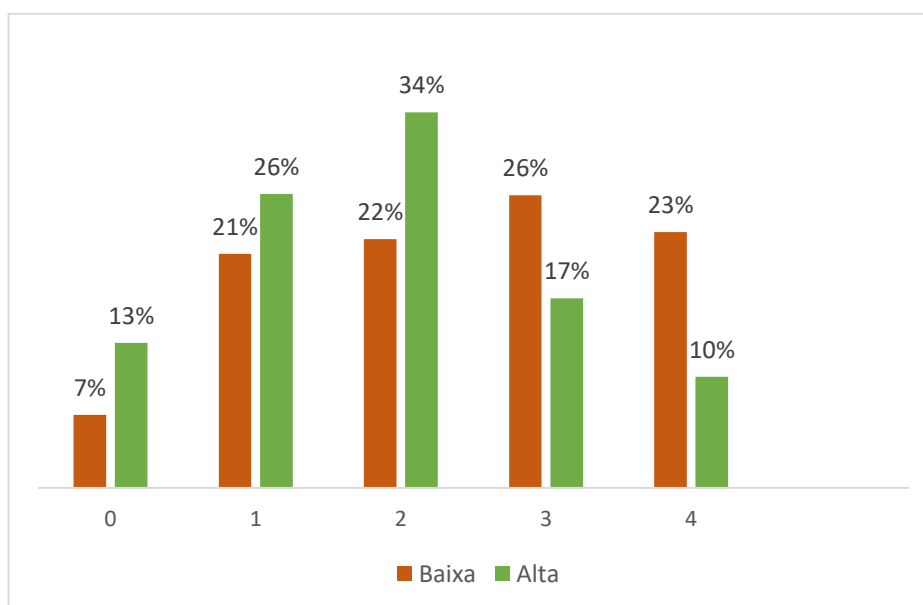
Modelo proposto	Escala-Padrão		Total
	Baixa	Alta	
Baixa	37	44	81
Alta	39	255	294
Total	76	299	375

Fonte: A autora (2019).

A qualidade do ajuste do modelo é expressa pela tabela de contingência (Tabela 6), demonstrando 85% de confirmação de alta qualidade de vida e 78% de acurácia entre os métodos. O que mostra uma qualidade de ajuste razoável.

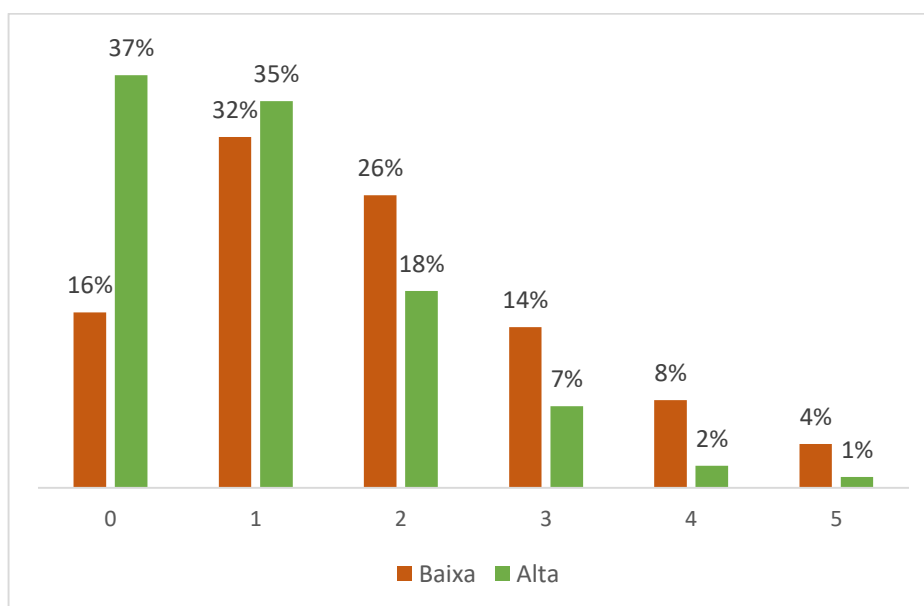
Para justificar esses efeitos, são exibidas, nos gráficos a seguir, as distribuições de frequência por variável:

Gráfico 1: Número de doenças versus qualidade de vida.



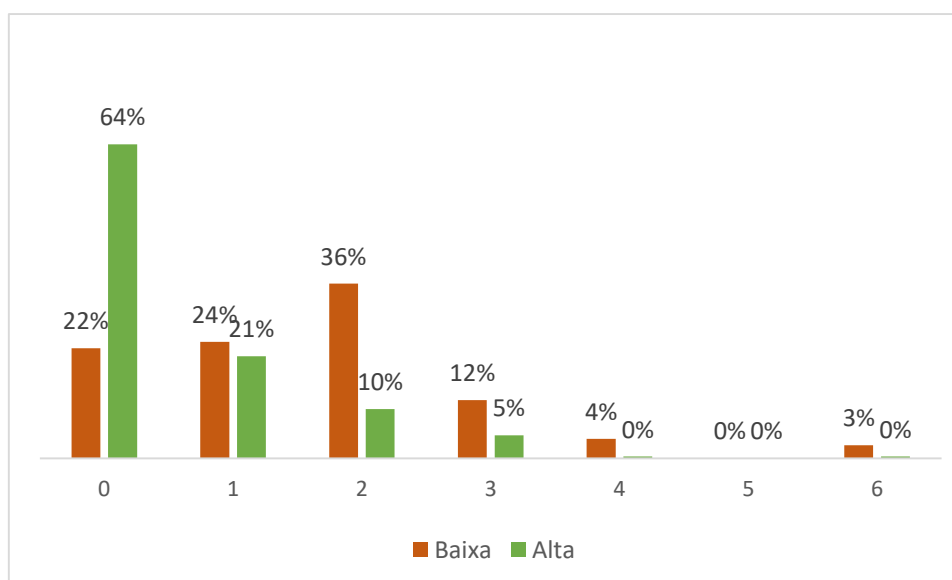
Fonte: A autora (2019).

A partir dos dados apresentados no Gráfico 1, percebe-se que a qualidade de vida se apresenta elevada nos investigados com até 2 (duas) patologias e tende a diminuir na presença de 3 (três) ou mais doenças.

Gráfico 2: Número de dores *versus* qualidade de vida.

Fonte: A autora (2019).

O Gráfico 2 demonstra a relação entre a qualidade de vida e a quantidade de dor, sugerindo que, quanto menor for a incidência de dor, maior a qualidade de vida dos idosos.

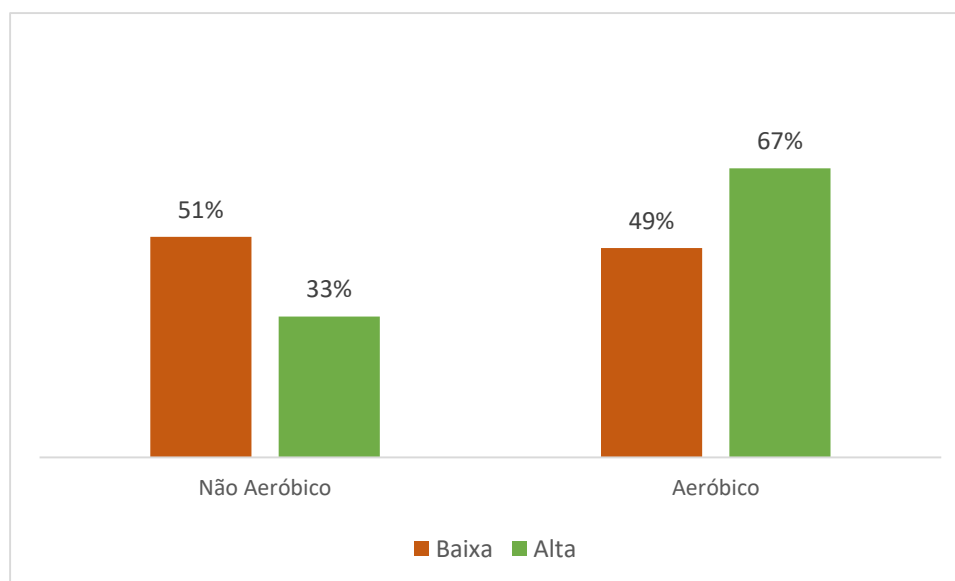
Gráfico 3: Número de tarefas *versus* qualidade de vida.

Fonte: A autora (2019).

De acordo com dados apresentados no Gráfico 3, os idosos que não apresentam dificuldades em realizar determinadas tarefas tendem a uma qualidade

de vida mais alta quando comparados com aqueles que manifestam alguma limitação. Percebe-se ainda, que a qualidade de vida reduz à medida que os idosos apresentam algum tipo de dificuldade nas atividades cotidianas. Em relação aos tipos de exercícios físicos, observa-se, no Gráfico 4, que a qualidade de vida tende a ser elevada nos idosos que praticam algum tipo de exercício aeróbico.

Gráfico 4: Tipos de exercícios físicos *versus* qualidade de vida.



Fonte: A autora (2019).

Para a satisfação com a vida, as variáveis determinantes foram o número de doenças e o número de tarefas (Tabela 7). Observa-se que a chance de o idoso ter satisfação com a vida diminui em 6% a cada tipo de tarefa com dificuldade de realização e em 5% a cada doença apresentada.

Tabela 7: Modelo 2 – Satisfação com a vida.

Preditor	Coefficiente	Razão de chance	Diferença de razão	p-valor
<b>Constante</b>	1,73	100%		8,87e-13*
<b>Número de doenças</b>	-0,32	95%	-5%	0,000651*
<b>Número de tarefas</b>	-0,35	94%	-6%	0,000678*

\*p < 0,05

Fonte: A autora (2019).

Os dados descritos na Tabela 8 demonstram uma qualidade de ajuste razoável, pois comprovam 76% de confirmação de alta qualidade de vida e 67% de concordância (acurácia) entre os métodos.

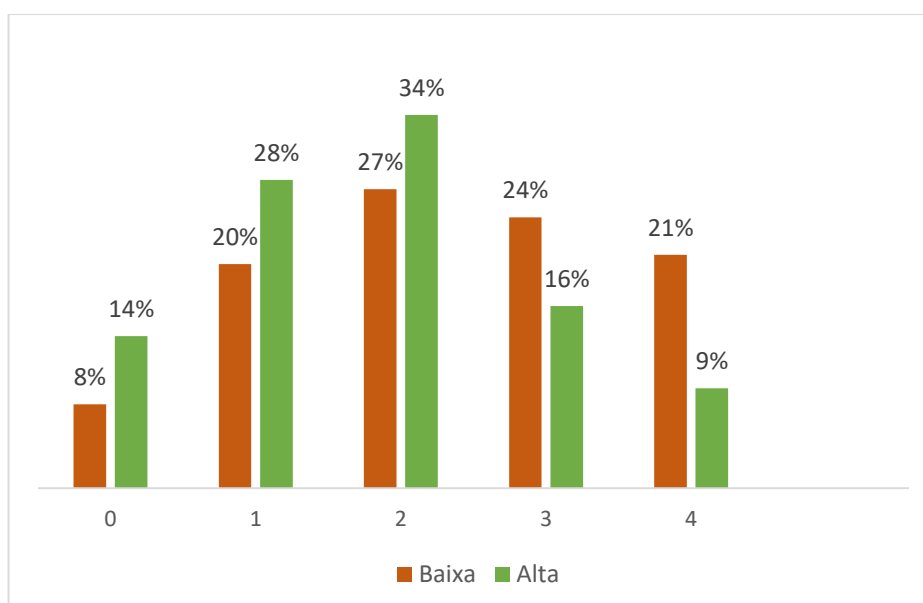
Tabela 8: Qualidade do ajuste do modelo proposto *versus* escala-padrão de satisfação com a vida.

Modelo proposto	Escala-Padrão		Total
	Baixa	Alta	
Baixa	57	61	118
Alta	62	195	257
Total	119	256	375

Fonte: A autora (2019).

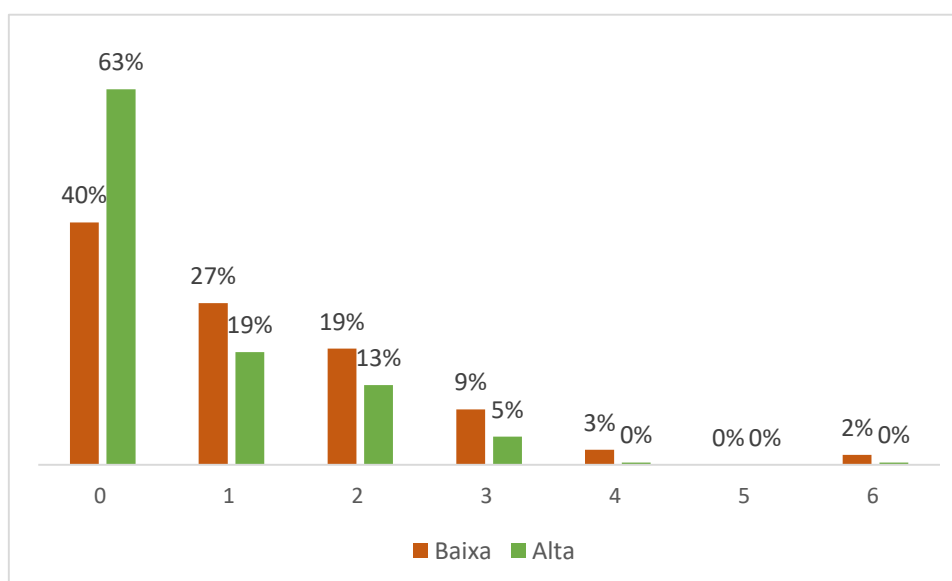
Para justificar esses efeitos, são exibidas, nos gráficos a seguir, as distribuições de frequência por variável:

Gráfico 5: Número de doenças *versus* satisfação com a vida.



Fonte: A autora (2019).

O Gráfico 5 refere-se à associação entre o número de patologias e a satisfação com a vida dos idosos. A qualidade de vida se apresenta mais alta nos investigados com até 2 (duas) doenças e tende a diminuir quando esses são acometidos por 3 (três) ou mais comorbidades.

Gráfico 6: Número de tarefas *versus* satisfação com a vida.

Fonte: A autora (2019).

Assim como para a qualidade de vida, os idosos que não relataram qualquer dificuldade para executar tarefas diárias expressam maior qualidade de vida quando comparados com aqueles que apresentam alguma limitação. Percebe-se, ainda, que a qualidade de vida reduz à medida que os idosos apresentam algum tipo de dificuldade nas atividades cotidianas.

## 6 DISCUSSÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial, que pode ser percebido por meio do aumento da participação de idosos em relação ao número total de habitantes de diversos países. Por conseguinte, quando a taxa de crescimento de pessoas idosas se mantém superior às taxas dos indivíduos mais jovens por um longo período, tem-se o envelhecimento populacional (CAMARANO; KANSO, 2016). Esse crescimento vem acompanhado de aumento da expectativa de vida, ou seja, um aumento da idade média da população (OMS, 2017). É nessa direção que o Brasil vem construindo uma nova realidade desde a década de 1960. Além do rápido crescimento da população idosa, observa-se uma sociedade composta por mais mulheres e menos crianças e jovens (CAMARANO; KANSO, 2016).

Considerando esse aumento da expectativa de vida, diversos pesquisadores têm se atentado para o estudo da qualidade de vida e da satisfação com a vida na Terceira Idade, com foco na preservação e promoção da saúde e do bem-estar dessa parcela da população, para que o envelhecer seja saudável (FISKEN *et al.*, 2015; LUKASCHEK *et al.*, 2017). Dessa maneira, preservar um estilo de vida ativo durante o envelhecimento pode proporcionar ao indivíduo uma melhor qualidade de vida e uma sensação de bem-estar, em diferentes faixas etárias, em seus vários domínios, sendo os seus benefícios físicos, psicológicos e sociais amplamente salientados cientificamente (CAMÕES *et al.*, 2016). Contudo, ainda são escassos os estudos que investiguem, especificamente, idosos com 75 anos ou mais, em especial, aqueles fisicamente ativos (SOUZA, CARVALHO; FERREIRA, 2018). Em um trabalho de revisão sobre essa temática, Souza, Carvalho e Ferreira (2018) concluíram que o sexo do indivíduo, a idade, o histórico de quedas, dentre outras variáveis, estão associados à qualidade de vida e ao bem-estar subjetivo de idosos mais velhos fisicamente ativos. Nesse sentido, é necessário considerar a existência de diversas variáveis determinantes para qualidade de vida e para a satisfação com a vida nesse público.

Portanto, este estudo acrescenta importantes dados à literatura científica sobre a qualidade de vida, a satisfação com a vida e o estilo de vida ativo em idosos longevos, pois atinge uma faixa etária ainda pouco estudada. Muitas investigações

sobre essa temática ainda priorizam a análise de dados de idosos mais jovens (BAZELLO *et al.*, 2016; CORCOS *et al.*, 2013; COSTA *et al.*, 2018; HALAWEH *et al.*, 2015; RIBEIRO; FERRETTI ; SÁ, 2017). Isso se deve à maior prevalência desse público em relação aos mais velhos, em consequência das altas taxas de mortalidade, das doenças e de outros agravos que acometem os mais velhos, o que resulta em maior facilidade de se obter dados com idosos até 70 anos.

Posto isso, esta dissertação foi realizada com objetivo de avaliar a associação conjunta e independente desses constructos com as variáveis investigadas (sociodemográficas, de saúde, de exercício físico e limitações e incapacidades físicas), bem como verificar quais dessas variáveis são determinantes para a qualidade de vida e para a satisfação com a vida.

Em um panorama geral, a partir da análise dos dados, foi possível verificar que ser mulher, ser de etnia branca, estar aposentado, ter peso corporal adequado ou baixo peso, residir com parentes e amigos, não apresentar patologias ou possuir apenas uma doença diagnosticada, não sentir dor ou ter apenas um tipo de dor, nunca ter caído, não apresentar dificuldades na realização de tarefas, ser fisicamente ativo há pelo menos 20 anos, ter motivação intrínseca para prática de exercícios físicos, realizá-los tanto de maneira aeróbica quanto resistida, com a frequência de 3 a 4 vezes por semana, apresentar mais de 3 melhorias e autoavaliar a saúde como muito boa/excelente são fatores associados à elevada qualidade de vida de idosos entre 75 e 85 anos. De igual modo, a satisfação com a vida se correlaciona com todas as variáveis citadas, exceto com o tempo de 20 anos de atividade física, com a ausência de doenças e com o atual estado de saúde nessa população.

Apesar dessa variedade de fatores associados, algumas variáveis demonstram ser fundamentais, isto é, determinantes para a manutenção da qualidade de vida e da satisfação com a vida em idades avançadas. Dessa forma, os determinantes para a qualidade de vida em idosos velhos fisicamente ativos são os seguintes: quantidade de doença, quantidade de dores, quantidade de tarefas com dificuldades de execução e exercício aeróbico; já para a satisfação com a vida, os determinantes são a quantidade de doenças e quantidade de tarefas com dificuldades de execução.



## 6.1 PERFIL DA AMOSTRA

Em relação ao perfil da amostra de participantes do presente estudo, verificou-se prevalência de idosos do sexo feminino, de etnia branca, viúvos, com estado nutricional eutrófico, que residiam sozinhos, aposentados, hipertensos, que possuíam 2 (duas) doenças associadas, que nunca sofreram quedas, que não sentem dor crônica e que não têm dificuldades para realização de tarefas. Houve predomínio, também, de idosos que não consumiam bebidas alcoólicas, que não fumavam, que tinham uma vida fisicamente ativa entre 5 e 10 anos, que praticavam exercícios mistos, que se exercitavam 3 vezes na semana com duração de 1 (uma) hora por dia, que frequentavam academias, que tinham a saúde como principal motivação para se exercitarem, que relataram maior disposição devido à prática de exercícios físicos e daqueles que autoperceberam sua saúde como muito boa/excelente. Diante das diversas características presentes na amostra, optou-se por discorrer sobre sexo, etnia, estado civil, IMC, moradia, profissão, escolaridade, renda, comorbidades, queda, dor corporal, dificuldade de realizar tarefa e exercícios físicos. As demais características serão discutidas no decorrer desta seção.

No que tange ao sexo, o número de mulheres foi expressivamente maior que o número de homens, respectivamente, 285 e 90, demonstrando que, em idades mais avançadas, o público feminino, além de ser mais numeroso, é também fisicamente mais ativo do que o público masculino. Esse resultado é frequente na literatura (FIN; PORTELLA; SCORTEGAGNA, 2017, FISKEN *et al.*, 2015; CHEUNG *et al.*, (2017), OLIVEIRA; THOMAZ; SILVA, 2014, SANTIN-MEDEIROS *et al.*, 2017) e pode ser atribuído à feminização da velhice (OMS, 2017), pois os homens, além de apresentarem maiores comportamentos de risco, tais como sedentarismo, má alimentação e consumo de álcool e tabaco, ainda demonstram menor cuidado com a saúde, culminando em altas taxas de incapacidades funcionais e elevados índices de mortalidade precoce nesse público (HE; GOODKIND; KOWAL, 2016; OMS, 2017).

O sexo também pode estar relacionado à prevalência da etnia branca neste estudo (69,9% n=262). Esse resultado é semelhante ao da realidade brasileira, em que mulheres brancas são mais prevalentes e mais fisicamente ativas nas faixas etárias mais altas (OLIVEIRA; THOMAZ; SILVA, 2014; PINHEIRO *et al.*, 2016;

SOUZA; FILLENBAUM; BLAY, 2015). Oliveira, Thomaz e Silva (2014), por meio de um estudo étnico/racial, realizado com 28.437 idosos acima de 65 anos de todas as regiões do Brasil, verificaram que as mulheres e os brancos são mais prevalentes do que idosos na faixa etária acima de 70 anos e mais fisicamente ativos do que outras etnias. Idosos pardos e pretos comparados aos brancos predominam nos estratos de idade mais jovens (65-69 anos), possuem alta dependência dos serviços gratuitos de saúde, são mais fisicamente inativos e sedentários, residem em áreas com piores indicadores sociais e de saúde (áreas rurais e nas regiões Norte e Nordeste), apresentando uma percepção negativa da qualidade de vida. Os brancos, por sua vez, apresentam maior escolaridade, maior renda e menor número de moradores nas residências, sendo que a grande maioria mora na região Sul e Sudeste, em zonas urbanas, não participam de nenhuma atividade econômica, relatam maior independência nas atividades cotidianas e apresentam boa percepção das condições de saúde (OLIVEIRA; THOMAZ; SILVA, 2015).

Como visto anteriormente, a prevalência do público feminino também pode ter influência no estado civil, o que pode justificar a predominância de indivíduos viúvos (48,5%, n=182) encontrada nesta pesquisa. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016), no censo 2010, houve um grande aumento na proporção de mulheres idosas, indivíduos viúvos, bem como aumento na proporção de solteiros, desquitados ou separados judicialmente entre indivíduos acima de 70 anos, quando comparado com o censo 2000. De igual modo, a viuvez, cada vez mais tardia, pode ser explicada pelo aumento da expectativa de vida, especialmente entre as mulheres, e pela maior qualidade de vida nessa faixa etária (CAMÕES *et al.*, 2016; BAZZANELLA; PICCOLI; QUEVEDO; 2015; DOHRN *et al.*, 2016; LAMPERT; ROSSO, 2015).

No que se refere ao IMC, 48,8% dos entrevistados (n=182) da presente amostra encontravam-se com o IMC entre 22-27 kg/m<sup>2</sup>, o que é caracterizado como adequado. Esse resultado diverge da literatura, em que estudos revelam altos índices de sobrepeso/obesidade entre os idosos e demonstram predomínio de baixo peso entre os idosos velhos (ASSUMPÇÃO *et al.*, 2018; BOSCATTO *et al.*, 2013; COSTA; SCHNEIDER; CESAR *et al.*, 2016; LIMA *et al.*, 2017). Mas cabe ressaltar que esses estudos não trabalharam ou, pelo menos, não mencionaram se o público-alvo da amostra era fisicamente ativo. Acredita-se que o estilo de vida ativo adotado pelos investigados na presente pesquisa tenha sido o principal responsável pela prevalência

de idosos eutróficos, pois o exercício físico tem o poder de atenuar algumas mudanças neuroendócrinas e metabólicas próprias do envelhecimento como a redução da massa magra e o aumento do percentual de gordura corporal (COSTA *et al.*, 2018; FERRETTI *et al.*, 2015; PINTO *et al.*, 2015). Pinto *et al.* (2015), ao analisarem a associação entre indicadores de saúde em idosos ativos e insuficientemente ativos, verificaram, dentre outros benefícios, que a atividade física regular tem o poder de atenuar a sarcopenia e de promover um gasto energético maior, auxiliando na redução da gordura corporal dos idosos mais velhos, explicando os menores valores médios de IMC entre os ativos fisicamente, quando comparados com os seus homólogos. O mesmo pode ser percebido na pesquisa de Costa *et al.* (2018), em que idosos, entre 60 e 97 anos, participantes de um programa de exercícios físicos para a Terceira Idade, em sua maioria, são eutróficos, apresentam melhor funcionalidade física e mental, bem como melhor composição corporal, quando comparados com idosos insuficientemente ativos.

Nesse seguimento, 32% dos idosos (n=120) aqui investigados apresentaram IMC > 27 kg/m<sup>2</sup>, indicando excesso de peso. O mesmo pode ser percebido no estudo de Tecchio e Gessinger (2017), no qual idosos fisicamente ativos, mas com excesso de peso, apresentaram elevados níveis de atividade física, boa funcionalidade dos membros inferiores e superiores e bom desenvolvimento da marcha. Em contrapartida, Simonsson, Larm e Molarius (2017) avaliaram como a atividade física e a mobilidade estão relacionadas à obesidade na velhice. Os resultados indicam uma associação positiva entre inatividade física e mobilidade prejudicada, além da obesidade, revelando, ainda, que a chance de o idoso ser obeso foi maior para aqueles com baixa mobilidade do que para os insuficientemente ativos. Apesar de essa amostra apresentar elevados valores médios de IMC, a prevalência de obesos foi menor entre os mais velhos (igual ou superior a 75 anos), em comparação com idosos cuja faixa etária é de 65 a 69 anos. Dessa forma, na velhice, tanto o excesso de peso quanto a obesidade relacionaram-se não só com o sedentarismo, mas também com baixos níveis de atividade física, excessos alimentares, fatores genéticos, metabólicos, socioculturais e psicossociais (CAVALCANTI *et al.*, 2010; OMS, 2015). É importante destacar que a obesidade em idosos está se tornando um grave problema de Saúde Pública, principalmente no Brasil. Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), entre os idosos

brasileiros com 70 anos ou mais, 55,8% apresentam excesso de peso e 19,7% são obesos.

Outra variável investigada no presente estudo foi a moradia. Verificou-se predomínio de idosos que residiam sozinhos (35,2%, n=132), fato justificado pela prevalência de mulheres e viúvos na amostra. De acordo com Negrini *et al.* (2018) e Ramos, Meira e Menezes (2013), as mulheres são maioria entre os idosos velhos (idade igual ou superior a 75 anos) que residem sozinhos. De igual modo, Flores *et al.* (2016), IBGE (2016), Lampert e Rosso (2015), Melo *et al.* (2018) ressaltam que maior longevidade gera mais viuvez, sobretudo entre as mulheres, e, conseqüentemente, aumento das residências unipessoais femininas. Em adição, à medida que as mulheres participam mais ativamente do mercado de trabalho, passam a ser responsáveis pelo próprio sustento, optando por residirem sozinhas.

Apesar de alguns idosos participantes deste estudo ainda trabalharem, por prazer ou por necessidade, 82,9% (n= 311) eram aposentados. Isso corrobora os achados de Costa *et al.* (2018), Melo *et al.* (2018), Paolini (2016), Santos e Lima Júnior (2015), Silva *et al.* (2016) e Stival *et al.* (2014), em que aposentadoria, pensões e benefícios públicos se constituem como as principais fontes de renda para os idosos, especialmente em idades avançadas. O *status* socioeconômico em idosos é um conceito amplo que inclui fatores como estilo de vida, ocupação, comportamentos, renda e nível educacional (FERREIRA *et al.*, 2012; CONFORTIN *et al.*, 2017; OMS, 2005).

No que se refere ao nível educacional, a escolaridade é considerada um fator de proteção para a Terceira Idade. Níveis altos de educação estão associados ao melhor desempenho cognitivo, à estabilidade emocional e à autoeficácia em idosos, quando esses são comparados a indivíduos com baixos níveis escolares (CACHIONI *et al.*, 2017; KAUP *et al.*, 2014; FERREIRA *et al.*, 2012). Todavia, no presente estudo, uma parcela expressiva dos idosos não concluiu o Ensino Fundamental (32% n= 120). Esse resultado pode ser atribuído à composição da amostra, constituída, em sua maioria, por mulheres de idades avançadas. A inserção da mulher no mercado de trabalho, assim como o incentivo aos estudos e a especialização das mesmas, são fenômenos recentes (JESUS; BARBOSA, 2016). Acredita-se que as idosas investigadas eram de uma época em que a mulher tinha menor acesso à escola, ao mercado de trabalho, sendo atribuída a elas a responsabilidade de cuidar da família e aos homens, a responsabilidade financeira.

Levando-se em consideração que níveis altos de escolaridade podem, frequentemente, estar associados a melhores situações financeiras (CACHIONI *et al.*, 2017; PORCIÚNCULA *et al.*, 2014), é compreensível que a amostra aqui representada não apresente rendas elevadas: apenas 5,6% dos idosos (n=21) possuem renda superior a 10 salários mínimos. Estudo de Porciúncula *et al.* (2014) analisou o perfil socioepidemiológico e o grau de autonomia e independência de idosos longevos (idade igual ou superior a 80 anos) na cidade de Recife – Pernambuco, Brasil. Em relação aos recursos econômicos, os resultados desse estudo demonstraram baixos níveis escolares e baixos rendimentos pessoais dos idosos, sobretudo entre as mulheres. Apesar de o público feminino ser predominantemente pensionista, a aposentadoria destacou-se como a principal fonte de renda.

Em relação a diversas doenças relatadas pelos participantes desta pesquisa, a hipertensão e a hipercolesterolemia foram as mais prevalentes, 57,6% e 28,3%, respectivamente. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Barbosa *et al.* (2018), Krug *et al.* (2018), Miranda, Soares e Silva (2016), Pereira, Nogueira e Silva (2015), tendo a hipertensão e as dislipidemias como principais doenças que acometem os idosos acima dos 70 anos de idade. Em relação ao número de morbidades, estudos apontam acréscimo no número de doenças com o avançar da idade, principalmente nas mulheres (VAGETTI *et al.*, 2013; CONFORTIN *et al.*, 2017), pois, no decorrer do envelhecimento, há um aumento das alterações funcionais e das condições crônicas que podem comprometer a funcionalidade física, cognitiva e social dos idosos (VAGETTI *et al.*, 2013).

Ao analisar os resultados do presente estudo, verifica-se que apenas 12,5% dos idosos investigados acima dos 75 anos (n=47) relataram ter 4 ou mais patologias. Esse valor pode ser considerado baixo ao levar em conta a idade da amostra. A explicação para esse fato pode estar na prática de exercícios físicos. A manutenção de um estilo de vida fisicamente ativo pode reduzir o risco de desenvolvimento de doenças crônicas, incluindo doenças cardiovasculares, hipertensão, obesidade (GUDLAGSSON *et al.*, 2012), doenças ósseas (ILIFFE *et al.*, 2015), distúrbios cognitivos (GRUBBS *et al.*, 2016), também pode melhorar a capacidade aeróbica (FERREIRA *et al.*, 2017), a força muscular (HARALDSTAD *et al.*, 2017), além de outras variáveis da aptidão física (HARALDSTAD *et al.*, 2017; SILLANPÄÄ *et al.*, 2012) em idosos velhos.

As doenças, dentre elas a diabetes, as doenças osteoarticulares e as dores, são fatores de risco para as quedas e podem ter contribuído para a alta prevalência de quedas observada neste estudo, 54,9% dos idosos (n=202) caíram pelo menos uma vez. As quedas na Terceira Idade podem ser originadas pela fraqueza e fragilidade gerais, problemas cognitivos, de equilíbrio e de visão, consumo de medicamentos, riscos ambientais e doenças crônicas e agudas, causando redução ou perda de independência funcional, aumento do risco para novas quedas, para morbidades e, em casos muito graves, mortalidade (BURNS; STEVENS; LEE, 2016; GILLESPIE, 2012; HOPEWELL *et al.*, 2018). Estudos demonstram que, apesar de as quedas ocorrerem com frequência nos idosos jovens e irem aumentando com o avançar da idade, elas podem ser prevenidas ou atenuadas por meio de um estilo de vida ativo (EL-KHOURY *et al.*, 2015; JIN *et al.*, 2018; NCIPC, 2015; OXTOBY, 2017; SHERRINGTON *et al.*, 2017). Esse fator protetor pode justificar dados encontrados no presente estudo, em que 46,1% dos investigados (n=173) nunca caíram. Mesmo entre aqueles que sofreram alguma queda, a prática de exercícios físicos pode ter impedido lesões graves que incapacitassem ou prejudicassem os idosos, assim como prevenido contra novos incidentes.

Outro aspecto comum no envelhecimento é o aparecimento de dores crônicas (ROTTENBERG; JACOBS; STESSMAN, 2015). A alta prevalência de dores, nesta pesquisa, pode estar associada tanto às doenças, visto que 87,7% (n= 329) dos idosos relataram pelo menos uma doença, quanto à alta incidência de quedas entre os investigados. A Associação Internacional para o Estudo da Dor (MERSKEY; BOGDUK, 1994) define a dor crônica como "uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada a danos teciduais reais ou potenciais, ou é descrita em termos de tais danos, que apresentam duração maior do que 3 meses. Apesar de a presente pesquisa não ter colocado como objetivo analisar, longitudinalmente, a dor crônica, muitos dos participantes relataram aos pesquisadores conviver com dores há bastante tempo. A prevalência de dores entre os investigados foi de 68,5% (n=257), e os locais mais afetados foram a coluna (42,9%; n=161) e os joelhos (38,4%; n= 144). Confirmando esses achados, estudos demonstram que as dores, durante a velhice, aumentam com o avançar da idade e são mais prevalentes nas articulações e na coluna (ABDULLA *et al.*, 2013; CHEUNG *et al.*, 2017; FERRETTI *et al.*, 2018; ROTTENBERG; JACOBS; STESSMAN, 2015). Uma revisão realizada por Abdulla *et al.* (2013) demonstrou que a prevalência média de adultos com dor variou entre 25 e

34 anos (32%). Esse valor subiu para 62% em idosos com 75 anos ou mais. Em relação aos locais do corpo, os participantes relataram maior dor nas articulações, apresentando queixas de dores nas costas, perna/joelho e/ou quadril. Na investigação de Rottenberg, Jacobs e Stessman (2015), a prevalência de dor, seja ela de qualquer natureza, foi de 73% aos 70 anos, 81,1% aos 78 anos, reduzindo para 56,3% aos 85 anos e 31,2% aos 90 anos. Nessas idades, as dores cervical e dorsal estiveram presentes entre 41,5%, 58,9%, 30,1% e 14,6% dos participantes, respectivamente, e a presença de dores articulares foi de 43,0%, 60,6%, 45,2% e 25,2%, respectivamente. Santos *et al.* (2015) constataram predominância de dores na coluna lombar e nos joelhos, em idosos com idades maior ou igual 80 anos.

Na literatura, é consenso que se manter ativo é um importante fator de proteção contra dores crônicas. Mas como as dores atingem e atuam no organismo da pessoa idosa ainda é um assunto complexo, pois, além de ter caráter físico, também deve ser considerado o aspecto emocional (BOBBO *et al.*, 2018; CHEUNG *et al.*, 2017; ROTTENBERG; JACOBS; STESSMAN, 2015). O estudo de Santos *et al.* (2015) investigou o perfil sociodemográfico de 1.705 idosos com idades acima de 60 anos, residentes em Florianópolis, Santa Catarina. Dentre os investigados, 29,3% relataram dor crônica. Os autores observaram, ainda, que ser mulher, possuir idades mais avançadas (igual ou maior que 80 anos), menor escolaridade e níveis socioeconômicos mais baixos associam-se mais significativamente com dor crônica. De igual modo, os idosos de qualquer idade que mantiveram níveis altos de atividades físicas e atividades de lazer apresentaram menores dores.

As dores, assim como outros aspectos, segundo Bobbo *et al.* (2018), podem estar associadas à diminuição parcial ou total da funcionalidade na velhice. A incapacidade funcional na Terceira Idade consiste na dificuldade em desempenhar qualquer atividade em algum domínio da vida, em função de um problema de saúde. Os autores verificaram que a incapacidade funcional se relacionou inversamente proporcional à execução de tarefas cotidianas em idosos velhos praticantes de *Lian Gong* (ginástica chinesa), em comparação com idosos sedentários (BOBBO *et al.*, 2018). A quantidade de dores citadas por ambos os grupos foi muito próxima; entretanto, as idosas mais velhas e ativas, apesar da dor, relataram que se sentiam bem menos impedidas de realizar suas atividades. Nessa perspectiva, parece que a dor também não influenciou na execução de tarefas entre os participantes da presente pesquisa, porquanto, mais da metade dos idosos (55,2% n= 207) não apresentaram

dificuldades ou limitações nem na prática de exercícios físicos, visto que 51,2% (n=188) dos investigados se exercitavam de 3 a 4 vezes por semana. Além da dor, outros fatores influenciam na realização de tarefas, por exemplo, a mobilidade, a acessibilidade (SANTOS *et al.*, 2017), as doenças (FERRETTI *et al.*, 2018). Outra justificativa é a naturalização das doenças e dores na velhice, ou seja, para muitos indivíduos, tanto as enfermidades quanto as dores são consideradas distúrbios próprios da idade. Portanto, acredita-se que os idosos investigados, mesmo apresentando algum desconforto ou malefício, não deixam de se exercitar nem de realizar suas atividades cotidianas.

Ao abordar comportamentos de risco, 25,1% dos idosos afirmaram consumir bebidas alcoólicas e 1,6% relataram fazer uso de cigarro. Esses resultados corroboram os achados de Barbosa *et al.* (2018), publicados em um estudo que teve como objetivo levantar a prevalência de fatores associados ao consumo de álcool e tabaco por parte de idosos também da cidade de Juiz de Fora. Os autores constataram que 26,7% dos idosos consumiam bebidas alcoólicas, e que a prevalência do consumo de álcool foi maior em indivíduos entre 60-70 anos. Quanto ao consumo de tabaco, os autores também encontraram maior prevalência entre os mais jovens, 60-69 anos (15,9%), sugerindo que, com o avançar da idade, o percentual de indivíduos que fumam reduz. Em adição, a prática regular de exercícios físicos pode incentivar a adoção de comportamentos saudáveis, promover redução do consumo de álcool, tabaco e outras drogas ilícitas, aliviar sintomas de abstinência dessas substâncias e reduzir sintomas depressivos e de ansiedade (OMS, 2010; WANG; CHAN; CHI, 2014), o que pode justificar os resultados obtidos nesta pesquisa, principalmente em relação ao consumo de tabaco.

No que se refere aos exercícios físicos, 40% dos investigados realizaram exercícios mistos. A ginástica funcional (38,4%, n=144), a caminhada (34,1%, n=128) e o pilates (30,4%, n=114) foram os mais prevalentes. Os resultados encontrados estão de acordo com as recomendações da OMS e do ACMS, que destacam a importância das intervenções mistas que combinem atividades de força, exercícios de condicionamento cardiovascular e exercícios funcionais e de equilíbrio em idosos, a fim de melhorar as condições e a percepção de vida dessa população (ACSM, 2009; OMS, 2010). Estudos apontam que a combinação de 2 ou mais exercícios melhoram o desempenho funcional, atuam, positivamente, na saúde e nos relacionamentos



sociais dos idosos velhos (SILLANPÄÄ *et al.*, 2012; NAPOLI *et al.*, 2014; GLUDAUGSSON *et al.*, 2012; LIU *et al.*, 2017; HORTOBÁGYI *et al.*, 2015).

Analisando o perfil da amostra, é possível perceber que algumas variáveis possuem o potencial de produzir efeitos positivos, enquanto outras causam efeitos negativos sobre a qualidade de vida e a satisfação com a vida dessa população. Ressalta-se a complexidade do constructo qualidade de vida, pois, além de esse constructo ser pautado nas experiências e nos saberes adquiridos durante a vida, ele se modifica conforme o contexto sociocultural e o sistema de valores inserido. Dessa maneira, é preciso analisar esse constructo pela ótica multidimensional (PASCHOAL, 2016). Assim, em busca de associações de variáveis sociodemográficas, de saúde, de exercícios físicos e de limitações e incapacidades com a qualidade de vida e a satisfação com a vida foram conduzidas uma série de análises de correspondência múltiplas. As análises tiveram como intuito verificar, conjuntamente (técnica de interdependência), quais variáveis possuíam maior associação entre si, tornando mais clara suas inter-relações.

## 6.2 VARIÁVEIS ASSOCIADAS À QUALIDADE DE VIDA E SATISFAÇÃO COM A VIDA

Dentre as variáveis investigadas, algumas demonstraram ser mais relevantes para a qualidade de vida, pois associaram-se com escores altos de todos os domínios da qualidade de vida, sendo elas: aposentadoria, baixo peso, ausência de quedas, ausência de dores e a presença de apenas 1 (uma) dor. Peso adequado (eutrofia) e número de melhorias (3 a 5 melhorias) apresentaram associação com quase todos os domínios da qualidade de vida, exceto com aspectos emocionais. De igual modo, a frequência de exercícios de 3 a 4 vezes por semana somente não se relacionou com os aspectos físicos, sendo que não apresentar dificuldade na realização de tarefas cotidianas não se associou ao domínio dor. Outras variáveis, apesar de relevantes, demonstraram menor significância, visto que apresentaram baixa associação entre os domínios da qualidade de vida.

É sabido que a aposentadoria é um dos marcos mais importantes do envelhecimento, no qual os indivíduos passam por um processo de transformações

sociais e psicoemocionais, que influenciam na qualidade de suas vidas (STENHOLM; VAHTERA, 2017). Ser aposentado está relacionado com maior tempo livre para atividades de lazer e socialização (BARNETT; VAN SLUIJS; OGILVIE, 2012), para atividades físicas (STENHOLM *et al.*, 2016), para se dedicar a atividades e práticas religiosas (ABDALA *et al.*, 2015; NUNES *et al.*, 2017) e para também se dedicar à família, aos amigos e a si mesmos (ESPIRITO SANTO; GÓES; CHIBANTE, 2014). A aposentadoria atua, ainda, como proteção financeira, social e física na velhice (OMS, 2005; FERREIRA *et al.*, 2012).

Na presente pesquisa, a maior parte dos idosos investigados (31,2%, n=117) iniciou a prática de exercícios físicos após a aposentadoria. Kim *et al.* (2016), em um estudo que investigou 2.188 idosos coreanos mais jovens (55-69 anos), apuraram que os aposentados realizaram mais atividades físicas e atividades que proporcionavam relaxamento e prazer e desenvolveram menos comportamentos de riscos, tais como tabagismo e alcoolismo, em comparação com os idosos empregados de ambos os sexos. No estudo de Espirito Santo, Goés e Chibante (2014) com idosos entre 61 e 82 anos, a aposentadoria foi relacionada, principalmente, à retomada de antigos planos, em face da maior disponibilidade de tempo, apesar de várias pesquisas apontarem o trabalho como um elemento positivo da qualidade de vida dos idosos mesmo após a aposentadoria, relacionando-o à proteção contra o declínio da função física e cognitiva, maior independência nas atividades cotidianas e na tomada de decisões quanto a seu futuro (AMORIM; SALLA; TRELHA, 2014; LEE; KIM, 2017; PAOLINI, 2016). Acredita-se que, entre os mais velhos, ter uma segurança financeira em conjunto com maior tempo livre para o autocuidado, para estar com a família, encontrar amigos e parentes próximos, realizar exercícios físicos e outras atividades prazerosas podem atuar na promoção da saúde e no envelhecimento ativo, proporcionando aos idosos maior sensação de bem-estar e melhor percepção da qualidade de vida.

A associação entre as variáveis baixo peso, peso adequado e alta qualidade de vida observada nesta pesquisa diverge de resultados encontrados na literatura. Os estudos sobre essa temática sugerem que a qualidade de vida é maior em idosos com excesso de peso (CAMÕES *et al.*, 2016; FREITAS *et al.*, 2017; SOUZA *et al.*, 2018; WACHHOLZ; RODRIGUES; YAMANE, 2011). Cabe ressaltar, no entanto, que nem todos esses estudos avaliaram idosos longevos fisicamente ativos. Camões *et al.* (2016) investigaram a qualidade de vida de 250 indivíduos acima dos 70 anos,

tendo em vista a participação em programas comunitários de exercício físico e idosos institucionalizados. O estudo foi realizado com 4 tipos de idosos: a) idosos comunitários envolvidos em um programa de exercício físico; b) idosos que pertenciam à comunidade e não estavam envolvidos em prática regular de atividade física; c) idosos que frequentavam centros de dia e não faziam exercício físico; d) idosos institucionalizados fisicamente inativos. Todos os grupos apresentaram IMC alto, e o terceiro grupo apresentou maior média. Apesar de a qualidade de vida ter sido boa para todos os grupos, ela foi significativamente maior nos idosos ativos. Em adição, os resultados demonstraram melhores escores nos domínios Capacidade funcional, Saúde mental e Vitalidade no grupo fisicamente ativo. Mostraram, ainda, uma tendência decrescente nesses domínios, para os idosos comunitários, centro dia e institucionalizados, que não estavam envolvidos em prática regular de exercícios físicos.

Nesse seguimento, Freitas *et al.* (2017) utilizaram o critério de classificação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que sugere a seguinte classificação: IMC < 23,00 baixo peso; > 23,00 e < 28,00 eutrofia, > 28,00 e < 30,00 sobrepeso; e > 30,00 obesidade. Demonstraram que, dos 186 idosos investigados, 49,5% (n=99) apresentavam sobrepeso ou obesidade. Ao comparar a qualidade de vida e os parâmetros antropométricos, esse estudo demonstrou associação inversa entre o peso e a qualidade de vida, sendo que, quanto maior o peso corporal, maior a qualidade de vida dos idosos. Wachholz, Rodrigues e Yamone (2011) avaliaram o estado nutricional e a qualidade de vida de 88 idosos por meio do IMC, da prega cutânea tricipital e da circunferência do braço em instituição de longa permanência, em Curitiba, Paraná. Nessa pesquisa, a prevalência de baixo peso, segundo o IMC, foi de 48,8% na amostra geral (n=35). Ao analisar o estado nutricional nos 3 diferentes segmentos etários (60-69, 70-79, >80 anos), ao contrário do que os pesquisadores esperavam, o grupo etário de 80 anos ou mais demonstrou menor prevalência de baixo peso (12,5%; n=8). Em relação à qualidade de vida, os idosos com sobrepeso apresentaram melhores escores em todos os domínios do constructo quando avaliados pelo IMC. Quando avaliados pela circunferência do braço, os idosos eutróficos demonstraram melhor qualidade de vida. Já a avaliação da prega cutânea do tríceps indicou que idosos com sobrepeso detêm melhor qualidade de vida.

O baixo peso (perda de peso não intencional) é comum em idades mais avançadas (CAMÕES *et al.*, 2016; SOUZA *et al.*, 2018) e pode ser causado por

alterações fisiológicas decorrentes do próprio envelhecimento, resultando a sarcopenia (perda da massa magra em associação com a redução da força muscular), redução da massa óssea e da taxa metabólica basal, redistribuição da gordura corporal, distúrbios nutricionais (redução do paladar e do olfato, alterações dos sinais gástricos, que levam à saciedade precoce) (MCMINN; STEEL; BOWMAN, 2011), que podem gerar incapacidade funcional (FERREIRA *et al.*, 2017) e baixa qualidade de vida (MASEDA *et al.*, 2018). Também, a perda de peso nessa população pode ser intencional, ou seja, de natureza estética.

Atualmente, o envelhecimento não tem sido visto como algo natural. A cultura do corpo belo e jovem, em conjunto com avanços na Medicina e na área dos exercícios físicos e da nutrição, têm mostrado que muito do que um dia foi considerado inevitável sobre o envelhecimento pode ser contestado ou retardado, aumentando, assim, a insatisfação em relação ao corpo na Terceira Idade (FIN; PORTELLA; SCORTEGAGNA, 2017; MENEZES; FROTA, 2012; MARQUES *et al.*, 2015; MARSHALL; LENGYE; UTIOH, 2012). Marques *et al.* (2015) avaliaram 28 mulheres de 51 a 82 anos praticantes de algum tipo de exercício físico e verificaram que, apesar de existir insatisfação corporal em todas as idades, em mulheres mais velhas, esse grau é bastante elevado. De acordo com os autores, essa associação se deve a padrões corporais jovens e magros, que passam a ideia de corpo saudável. O estudo também verificou associação entre IMC e insatisfação corporal, de forma que parte das idosas que se perceberam eutróficas e aquelas que se enxergavam obesas ou acima do peso eram mais insatisfeitas e apresentaram maior desejo de perder peso.

Na literatura, são amplamente salientados os benefícios gerados pela prática regular de exercícios físicos pelos idosos, principalmente diante dos efeitos deletérios do envelhecimento (EL-KHOURY *et al.*, 2015; GRUBBS *et al.*, 2016; HARALDSTAD *et al.*, 2017; ILIFFE *et al.*, 2015; SALES *et al.*, 2015), incluindo efeitos para a autoestima e para a satisfação corporal em idades avançadas (COPATTI *et al.*, 2017). Dessa forma, acredita-se que o baixo peso da amostra encontrado nesta pesquisa tenha suas consequências negativas amenizadas ou retardadas pelo estilo de vida fisicamente ativo dos investigados. Deve ser considerado, também, que os idosos possam ter perdido peso de forma intencional, visando a melhorias estéticas, o que justifica a associação com altos escores da qualidade de vida.

Diferentemente do baixo peso, o peso adequado não apresentou relação positiva com o domínio aspectos emocionais da qualidade de vida. Esse é um

resultado incomum e difícil de ser discutido, devido a reduzidos estudos sobre o assunto. Kalkmann, Koetz e Adami (2015) avaliaram a relação entre estado nutricional e qualidade de vida em 54 mulheres adultas e idosas socialmente ativas (entre 50-79 anos). No que tange ao domínio psicológico, grande parte das respostas obtidas foram classificadas como boas e muito boas, sendo que as idosas têm melhor percepção nesse domínio quando comparadas às mulheres adultas, 70% contra 30%, respectivamente. A análise de correlação entre o estado nutricional e o domínio psicológico demonstrou que as mulheres com sobrepeso e obesidade apresentaram melhor percepção da qualidade de vida, isto é, elas possuíam 25% menos de chance de apresentarem qualidade de vida ruim ou regular para esse domínio, e o fato de estarem com excesso de peso não as afetava negativamente. Todavia, Bocchi e Adami (2017), ao avaliarem a relação entre a qualidade de vida com o estado nutricional de 103 idosos de 60-99 anos, verificaram que o único domínio que apresentou associação com IMC foi o psicológico, demonstrando relação positiva com peso adequado ou baixo peso. Enquanto isso, o excesso de peso e a obesidade apresentaram relação com baixos escores desse domínio.

Na presente pesquisa, mais da metade dos investigados se exercitavam em academias de ginástica (56,3% n= 211) e tinham como principais motivos para a prática de exercícios físicos a saúde (81,3% n= 305) e a estética (21,3% n= 80). De acordo com Benevides e Rodrigues (2017), as academias, bem como os clubes de ginástica, favorecem a exposição, a propagação e a busca por um corpo padrão. Diante dos fatos apresentados e do resultado encontrado, supõe-se que a falta de relação entre peso adequado e níveis altos do domínio aspectos emocionais possa ser fruto de uma possível insatisfação corporal na amostra devido à busca por um ideal estético, em uma cultura que glorifica uma jovialidade “eterna” e “demoniza” a gordura. Como consequência, ocorre uma distorção na percepção da imagem corporal, subestimando-a ou superestimando-a, o que pode gerar sentimentos e emoções negativos em relação ao corpo, reduzindo a percepção de saúde, bem como levando o indivíduo a uma avaliação negativa da qualidade de vida.

Os resultados encontrados na atual investigação sobre queda e qualidade de vida em idosos vão ao encontro de dados apontados pela literatura científica, em que a ausência de quedas entre os mais idosos apresenta relação com a alta qualidade de vida. Pérez-Ros *et al.* (2016) investigaram a incidência de quedas antes e após intervenção com exercícios proprioceptivos (20 a 30 minutos por dia). Foram

avaliados 572 idosos com média de idade de 76,1 anos (DP =3,9 anos) durante 1 (um) ano. Antes da intervenção, 368 idosos não haviam sofrido nenhuma queda, mas 81 indivíduos (22%) sofreram algum tipo de queda ao longo do estudo, sendo que 22 (27%) desses caíram várias vezes. Apesar da queda, os idosos não apresentaram problemas graves, incapacidades e/ou limitações, e tanto os que caíram como os que não apresentaram quedas no seguimento de um ano tiveram melhora na qualidade de vida. Em relação aos idosos com antecedentes de quedas (n= 204), após 1 (um) ano de intervenção e acompanhamento, a incidência de queda reduziu (35,7% no início *versus* 25,7%, n=143 no final), assim como o número de médio de quedas por pessoa (2,0; DP=1,5 no início *versus* 1,5; DP=0,8 no final). Melhores escores foram também percebidos para a aptidão física e a qualidade de vida geral, que antes foi considerada ruim/regular, e, após a intervenção, apresentou escores elevados em todos os domínios.

Nesse seguimento, Fiskens *et al.* (2015) pesquisaram idosos velhos sedentários com artrose que apresentavam alto risco de quedas, reduzida capacidade funcional e baixa qualidade de vida. Os autores verificaram que, após a intervenção com exercícios aquáticos (de baixa e alta intensidade), os riscos de quedas foram reduzidos e, em alguns casos, extinguidos. Além disso, houve melhora significativa na postura, na capacidade funcional, nas atividades cotidianas, na percepção de saúde e na qualidade de vida percebida desses idosos. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de El-Khoury *et al.* (2015), Esain *et al.* (2017), Huang *et al.* (2015) e Sherrington *et al.* (2017), os quais ressaltaram que a maior incidência de quedas nos idosos velhos (acima dos 75 anos) prejudicava a funcionalidade física, cognitiva e social, afetando, negativamente, as condições de vida e a qualidade de vida. Acrescenta-se que a prática regular de exercícios físicos aumenta a força muscular, melhora a composição corporal (massa magra e massa óssea), a postura, o equilíbrio, o desempenho da caminhada, fatores que atenuam os riscos e as ocorrências de quedas, contribuindo, portanto, para a independência e a autonomia funcional na velhice avançada.

O presente estudo encontrou associação positiva entre a ausência de dor e a presença de um tipo de dor, além de escores altos da qualidade de vida. Na Terceira Idade, as dores podem ter causas físicas, advindas de doenças e de problemas físicos, como lesões por quedas (KOKKONEN *et al.*, 2017; KWOK; AU; LI-TSANG, 2016; PETERSEN; CHRISTESEN; JUHL, 2015); já outras podem ser

causadas por alterações psicoemocionais (depressão, ansiedade, sentimentos negativos) (FERRAIUOLI; FERREIRA, 2017), que resultam em perda da funcionalidade e baixa qualidade de vida. Ferretti *et al.* (2018), em um estudo com 385 idosos (acima dos 60 anos), verificaram que a qualidade de vida varia de acordo com a presença ou ausência da dor. Os domínios da qualidade de vida mais afetados pela presença da dor foram habilidades, participação social e autonomia, demonstrando que a dor afeta tanto a aptidão física, quanto a vida social dos idosos. Outro achado foi o seguinte: idosos que relatavam dor com idades superiores a 71 anos tinham menor percepção de sua qualidade de vida do que os indivíduos da mesma faixa etária sem os sintomas. A análise de correlação também demonstrou que, quanto maior a quantidade de doenças, a quantidade e a intensidade da dor, menor os escores da qualidade de vida. Corroborando os achados de Dellaroza *et al.* (2013), Inoue *et al.* (2015), Ferretti *et al.* (2018) e Santos *et al.* (2015) afirmam que as dores são mais frequentes entre os mais longevos, e a maior quantidade de dor em diversos locais do corpo, assim como níveis de moderados a intensos, além de estarem associadas a problemas de saúde mental e à redução da autonomia, prejudicam a rotina e os hábitos desse público, interferindo na funcionalidade física, nas atividades diárias, na prática de exercícios físicos e atividades de lazer, nas relações sociais e afetivas, de forma que reduzem a autoestima e autoeficácia, afetando, negativamente, a qualidade de vida dos idosos em idades mais avançadas. Ações voltadas para o autogerenciamento da dor e a manutenção de um estilo de vida ativo fisicamente são estratégias eficientes para amenizar e controlar tais malefícios (BOBBO *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2015; KWOK; AU; LI-TSANG, 2016).

Portanto, a dor, quando não controlada em idades avançadas, é capaz de deteriorar as condições e a percepção de vida dos indivíduos, fato que pode ser constatado no atual estudo pela relação estabelecida entre altos níveis de qualidade de vida e ausência de dificuldades de execução de tarefas, exceto no domínio Dor. De acordo com Ciconelli (1999), esse domínio mede a intensidade, a extensão ou a interferência das dores nas atividades cotidianas. Assim, mesmo que os idosos consigam realizar suas tarefas sem qualquer empecilho, a intensidade, o tipo, a localidade ou, ainda, a presença mínima de dores pode influenciar, negativamente, as condições de vida na velhice. Estudos sugerem que a manutenção da funcionalidade física e psíquica, em idades avançadas, é de suma importância para o desempenho das atividades cotidianas e de lazer (ALENCAR *et al.*, 2010; BERLEZI *et al.*, 2016;

BORTOLUZZI *et al.*, 2017; NERI *et al.*, 2018; PORCIÚNCULA *et al.*, 2014; RODRIGUES *et al.*, 2016; SOUSA; GONÇALVES; GAMBA, 2018). Bortoluzzi *et al.* (2017) verificaram que maiores níveis de dependência funcional em idosos acima dos 80 anos se relacionam com a autopercepção negativa de saúde, com o fato de possuírem 3 ou mais patologias e de serem sedentários ou insuficientemente ativos. Em adição, Neri *et al.* (2018) constataram que, nessa mesma faixa etária, reduções nos níveis de atividade física geram reduções da mobilidade e da capacidade funcional, prejudicando as atividades diárias, a interação social e a qualidade de vida dos idosos.

Pode-se inferir, então, que o desempenho de tarefas entre os mais velhos é dependente da funcionalidade dos idosos, mas isso não quer dizer que a qualidade de vida seja elevada em todas as suas facetas, visto que pode sofrer influência de outros fatores (NERI *et al.*, 2018; TAVARES; DIAS, 2012). Segundo Tavares e Dias (2012), a presença de doenças aliadas à dor aumentam o desconforto e o uso de medicamentos, intensificando o nível de dependência e reduzindo a mobilidade do idoso, afetando não só seus relacionamentos afetivos, mas também suas atividades básicas e instrumentais. Dessa forma, a dor pode ser um limitante para a qualidade de vida, seja pela quantidade ou pela intensidade, em que tanto a maior incidência quanto intensidades altas de dores tendem a ser mais incapacitantes, prejudicam a autopercepção de saúde, reduzem o convívio social e aumentam os prejuízos nos relacionamentos e nas atividades de lazer devido à associação das dores com outros fatores como ansiedade, depressão e doenças.

Em relação ao número de melhorias em razão da prática dos exercícios físicos (3 a 5), não foram encontrados estudos relacionados a essa prática e à qualidade de vida em idosos velhos. Esse fato é amplamente divulgado na literatura e sabe-se que o exercício físico, em idades avançadas, proporciona benefícios físicos, psicológicos e sociais, que levam ao aumento da qualidade de vida. As principais melhorias relatadas pelos idosos investigados na presente pesquisa foram as seguintes: maior disposição (81,9% n= 307) como principal benefício da prática regular de exercícios físicos, seguida por aumento das amizades (65,1% n= 244) e redução das dores (58,4% n=219). Os idosos perceberam melhorias mais claras em alguns domínios da vida, como manter a rotina de afazeres e atividades, bem como as relações afetivas, o que não quer dizer que outros não sejam importantes, como a saúde. Mas presume-se que, quanto maior for o acúmulo de melhorias relacionadas



à prática de exercícios físicos, maior será a qualidade de vida. No entanto, o fato de esta pesquisa não ter encontrado associação entre o número de melhorias e os aspectos emocionais pode ser justificado pela idade avançada da amostra, na qual os efeitos deletérios do envelhecimento estão mais presentes. Devido a essa característica, podem existir alguns fatores que alteram, negativamente, as emoções e os sentimentos desses idosos, tais como medo da morte, morte de pessoas próximas, relacionamento familiar, dentre outros, alterando seus relacionamentos e suas rotinas diárias de modo que prejudiquem a qualidade de suas vidas.

De acordo com a OMS (2010), idosos acima de 65 anos devem realizar atividades físicas por, no mínimo, 150 minutos semanais, distribuídos durante os dias da semana, variando de exercícios aeróbicos e/ou resistidos com intensidades moderadas, como forma de melhorar o desempenho muscular e cardiorespiratório, a capacidade funcional, cognitiva e a saúde óssea, a fim de amenizar riscos de doenças não transmissíveis e de depressão. O presente estudo constatou que boa parte dos idosos se exercitava 3 vezes por semana (30,7% n=115) com 1 (uma) hora de duração (85,9% n=322), demonstrando que boa parte dos investigados atingiu os níveis de atividade física recomendados. Além disso, verificou-se que a qualidade de vida em níveis altos relacionou-se com a frequência da prática de 3 a 4 vezes por semana, exceto no aspecto físico. Entretanto, dados similares ao observado não foram identificados na literatura, dificultando sua interpretação.

Miranda, Soares e Silva (2016) identificaram que as frequências semanais (de 1 a 3 vezes e de 4 a 7 vezes) de prática de exercícios físicos são determinantes para a boa qualidade de vida de idosos acima dos 60 anos. Todavia, ao compararem as frequências, apuraram que realizar exercícios com periodicidade semanal, acima de 4 vezes é mais significativa, isto é, tem mais chance de promover uma boa qualidade de vida do que frequências semanais mais reduzidas (até 3 vezes). Nesse seguimento, Perales, Pozo-Cruz e Pozo-Cruz (2014) sugerem que, quanto maior for a frequência de prática de exercícios físicos (4 a 7 vezes), maiores serão os níveis de qualidade de vida. Mas esse resultado não pode ser generalizado para os idosos, porquanto, nesse estudo, os autores investigaram indivíduos australianos de várias idades. De igual modo, Inoue *et al.* (2015) pesquisaram indivíduos entre 20 e 99 anos e verificaram que exercícios diários se associam a uma menor frequência de dor crônica severa (14,3%) do que exercícios realizados de 1 (uma) a 3 vezes por semana (17,1%) ou nenhum exercício regular (19,9%).

Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Harada *et al.* (2015), mas com idosos jovens. Ao examinarem a associação de atividades de fortalecimento muscular (utilizando equipamentos, o peso do próprio corpo e atividades cotidianas) com dores no joelho e lombar, quedas e qualidade de vida em 1.351 idosos japoneses entre 65 e 74 anos, os autores constataram que os indivíduos que realizavam exercícios de fortalecimento muscular por 2 ou mais dias na semana tiveram melhor qualidade de vida em comparação com aqueles com frequência menor de prática, especificamente no domínio Estado geral de saúde.

Dessa forma, ainda é preciso haver mais investigações sobre a relação entre frequências semanais de exercícios físicos e a qualidade de vida de idosos velhos, uma vez que é de conhecimento que a atividade física realizada de forma regular, sistemática e devidamente orientada tem o poder de amenizar e, em alguns casos, retardar as perdas funcionais próprias do envelhecimento, proporcionando aos idosos autonomia e melhor qualidade de vida (MIRANDA; SOARES; SILVA, 2016). Pressupõe-se que manter uma rotina de exercícios físicos com frequência semanal média (3 a 4 vezes) seja mais eficiente do que frequências mais baixas e mais altas. Em comparação a frequências baixas, a frequência semanal média pode promover maior interação social e afetiva, maior disposição e energia para execução de tarefas e melhorias físicas e cognitivas. Já em comparação a frequências altas, a média pode manter o sistema imunológico regulado, reduzir fadigas pelo exercício extenuante, gerar menos dores e menores riscos de lesão. Contudo, mesmo que os idosos sejam fisicamente ativos, algumas limitações de saúde ou física provenientes da idade podem impedi-los de realizar alguma atividade ou, até mesmo, de se exercitarem da maneira que desejam, o que pode justificar a não associação dessa frequência com os aspectos físicos da qualidade de vida.

Dessa forma, pode-se afirmar que manter uma rotina de exercícios físicos é de suma importância para todas as faixas etárias, inclusive para a velhice avançada. A OMS (2010) e a ACMS (2009) destacam a importância das intervenções multimodais que combinam atividades de força, exercícios de condicionamento cardiovascular e exercícios funcionais e de equilíbrio em idosos, a fim de melhorar as condições e a qualidade de vida dessa população. Nesta pesquisa, encontrou-se associação positiva entre os exercícios mistos e a qualidade de vida relacionada à capacidade funcional, ao estado geral de saúde, à vitalidade e à saúde mental. Esses achados corroboram outros estudos os quais apontam que a combinação de 2 ou mais

exercícios melhoram a composição corporal e a postura, beneficiando o desempenho funcional e atuando, positivamente, na saúde física e mental, melhorando as condições de vida dos idosos velhos (SILLANPÄÄ *et al.*, 2012; NAPOLI *et al.*, 2014; GLUDAUGSSON *et al.*, 2012; LIU *et al.*, 2017; HORTOBÁGYI *et al.* 2015).

Uma meta-análise realizada por Liu *et al.* (2017) verificou que o exercício multimodal é eficaz na melhora da força muscular, do equilíbrio estático e dinâmico, no desempenho da marcha e em agachar. Além disso, é eficaz na redução dos riscos e incidência de quedas entre os mais velhos. Nos idosos com capacidade física prejudicada, o exercício multimodal tem um efeito amplo na melhora da força muscular, equilíbrio e funcionamento físico da extremidade inferior, bem como na redução de quedas em relação à resistência progressiva (LIU *et al.*, 2017; GLUDAUGSSON *et al.*, 2012; KIM *et al.*, 2015). Dessa forma, mesmo que a realização de exercícios isolados tragam vários benefícios aos idosos velhos, esses benefícios podem ser potencializados com a combinação de exercícios que atendam a necessidade de cada indivíduo, visando à saúde física e mental, com objetivo de manter a autonomia e a independência e, conseqüentemente, elevada qualidade de vida para os idosos. Contudo, alguns fatores, tais como a presença de dores, o estado emocional, as amizades e a rotina diária de cada indivíduo, podem interferir tanto na escolha quanto na prática do exercício, o que pode justificar a não associação dos exercícios mistos com os aspectos emocionais, físicos, sociais e dor neste estudo.

Quanto aos motivos que levam os idosos a manterem uma rotina de exercícios, não há, na literatura, consenso em relação às variáveis que motivam os indivíduos mais velhos a praticarem exercícios físicos (BAVOSO *et al.*, 2017; PEDERSEN *et al.*, 2017; CAVALLI *et al.*, 2014; FERRAND; MARTINENT; BONNEFOY, 2014; JÚNIOR *et al.*, 2015). No presente estudo, os idosos investigados relataram que a saúde é o principal estímulo para a prática de exercícios físicos (81,3% n=305), seguida da estética (21,3% n=80). Outros fatores, tais como prazer, relaxamento, memória e relacionamentos sociais, também foram relatados pelos participantes da pesquisa (18,1% n= 68).

O processo motivacional que permeia tanto a adesão quanto a manutenção dos idosos na prática de exercícios é algo bastante complexo, que perpassa as esferas social, cultural e biológica. Nessa perspectiva, a motivação se caracteriza, conforme Samulski (2002), como um processo ativo, intencional e dirigido a uma meta, que depende da interação de fatores intrínsecos e/ou extrínsecos. Bavoso *et al.* (2017)

verificaram que indivíduos de meia idade (40 a 59 anos) possuem motivações multifatoriais para a prática da atividade física, enquanto que idosos acima dos 60 anos são motivados pela indicação médica, socialização e manutenção da saúde. Em adição, Cavalli *et al.* (2014) afirmam que a saúde é a motivação principal, mas a indicação médica, a manutenção da flexibilidade, a recuperação de lesões, a ocupação do tempo livre e a estética também se associam à prática de exercícios físicos em 263 idosos, brasileiros e portugueses, entre 60 e 89 anos, participantes de programas de exercícios para Terceira Idade.

De igual modo, Lopes *et al.* (2012) identificaram que os principais estímulos para idosos acima dos 80 anos aderirem e permanecerem nos programas de exercícios físicos são de natureza intrínseca e estão atrelados à percepção da saúde e aos fatores psicossociais. Percebe-se, então, que os fatores intrínsecos, isto é, pessoais de cada idoso, predominam na amostra da presente pesquisa, o que justifica a associação desses fatores com a qualidade de vida nos domínios Dor, Saúde mental, Estado geral de saúde, Vitalidade, Capacidade funcional e Aspectos físicos. Nessa perspectiva, Ferrand, Martinent e Bonnefoy (2014) constataram que idosos acima dos 70 anos com alta determinação (maior nível motivação e regulação introjetada) que se exercitavam regularmente apresentaram boa qualidade de vida em todos os domínios, especialmente nos Aspectos físicos, sociais, emocionais e dor, bem como nos componentes mentais.

Além da motivação, os aspectos físicos também se relacionam com um tempo de prática de 20 anos ou mais. Apesar de os benefícios da prática de exercícios serem percebidos em qualquer fase da vida e estarem diretamente relacionados à autonomia e independência funcional, é recomendado que os indivíduos comecem a se exercitar o quanto antes e mantenham uma rotina de exercícios até as idades mais avançadas, a fim de terem um envelhecimento mais ativo e saudável (OMS, 2015). No presente estudo, apesar de a grande maioria da amostra (31,2%, n=117) ter entre 5 e 10 anos de prática de exercícios físicos, altos escores da qualidade de vida estavam associados a idosos com 20 anos ou mais dessa prática, principalmente para a Capacidade funcional, os Aspectos físicos, o Estado geral de saúde, a Dor e a Saúde mental. Não foram encontrados, na literatura, estudos que relacionassem esse mesmo período de tempo com a qualidade de vida de idosos de qualquer faixa etária. Isso ocorre pela dificuldade de se conduzir estudos longitudinais de *follow-up* tão longo (20 anos). Entretanto, esta investigação traz um resultado muito importante,

demonstrando que, quanto maior o tempo de prática de exercícios físicos nos anos anteriores à velhice, melhores são as condições de vida e maior a qualidade de vida, acrescentando-se que, mesmo envelhecendo, a qualidade de vida permanece elevada nessa população.

A qualidade de vida, na velhice, possui caráter multifatorial, sendo influenciada tanto por fatores demográficos quanto sociais, comportamentais e clínicos (MIRANDA; SOARES; SILVA, 2016). As doenças crônicas, nessa fase da vida, tornam-se um dos principais fatores que interferem, negativamente, na vida dos idosos, sobretudo naqueles de idades avançadas (ALBERTE; RUSCALLEDA; GUARIENTO, 2015; CONFORTIN *et al.*, 2017; CAMPOLINA; DINI; CICONELLI, 2011; DAWALIBI; GOULART; PREARO, 2014; MIRANDA; SOARES; SILVA, 2016). Em adição, estudos demonstram que, quanto maior o número de patologias em um mesmo indivíduo, menores serão as condições de saúde e de qualidade da sua vida (BALBÉ *et al.*, 2016; CAMPOLINA; DINI; CICONELLI, 2011; CHANG *et al.*, 2010; MIRANDA; SOARES; SILVA, 2016; PEREIRA; NOGUEIRA; SILVA, 2015). Esse fato corrobora os resultados da presente pesquisa, em que a ausência e a menor quantidade de doenças (até duas) se relacionaram, positivamente, com os domínios Aspectos físicos e Estado geral de saúde. Já os domínios Aspectos sociais, Vitalidade e Dor se relacionaram apenas com a presença de 1 (uma) ou 2 (duas) patologias e os Aspectos emocionais, com ausência ou presença de uma patologia. Chang *et al.* (2010) verificaram que o maior número de doenças crônicas (igual ou superior a 3 doenças), aliado à incidência de sintomas depressivos em idosos com idades superiores a 75 anos, correlacionou-se inversamente com os domínios físicos e psicológicos da qualidade de vida. Os sintomas depressivos também se relacionaram, negativamente, com o domínio relacionamentos sociais (CHANG *et al.*, 2010). Campolina, Dini e Ciconelli (2011) observaram que a qualidade de vida variou entre idosos mais jovens (60 a 70 anos) e mais velhos (acima dos 71 anos) apenas nos domínios Capacidade funcional e Dor. A ausência de doença nesses indivíduos se relacionou com níveis elevados de qualidade de vida em todos os domínios, e o aumento no número de morbidades impactou quase todos os domínios, exceto os Aspectos emocionais. Segundo os autores, isso ocorreu devido ao fato de a amostra não possuir idosos com *déficits* cognitivos. Em adição, possuir 3 ou mais patologias está diretamente relacionado a menores escores dos Aspectos físicos e Estado geral de saúde (CAMPOLINA; DINI; CICONELLI, 2011).

Segundo Balbé *et al.* (2016), o fato de o idoso ter 2 (duas) ou mais doenças se associou à baixa qualidade de vida no item participação social, em idosas entre 60 e 83 anos que se exercitavam regularmente. No estudo de Miranda, Soares e Silva (2016), a qualidade de vida se relacionou, sobremaneira, com menores índices de doenças, principalmente hipertensão, diabetes, cardiopatias, doenças pulmonares e osteomusculares, ausência de sintomas depressivos em idosos acima dos 70 anos praticantes de exercícios físicos regulares. Essas e outras doenças, quando associadas, também demonstraram relação inversa com a qualidade de vida em idosos na faixa etária entre 60 e 96 anos, afetando, principalmente, os idosos com idades mais avançadas (acima dos 80 anos). Portanto, diante dos fatos e dos resultados encontrados, apesar de haver uma tendência de que, com avançar da idade, o número de patologias aumente e, com isso, surgem muitos problemas de ordem física, social e psicológica, é importante que os idosos mantenham o menor número de doenças possíveis, objetivando ter uma vida saudável, ativa e com qualidade.

Além da qualidade de vida, as doenças crônicas estão fortemente ligadas à autopercepção de saúde dos idosos jovens e velhos (BRASIL, 2011; CAMPOLINA; DINI; CICONELLI, 2011; SILVA; PINTO JÚNIOR; VILELA, 2014). Em relação à percepção de saúde, estudos demonstram associação positiva entre qualidade de vida e autoavaliação positiva da saúde em idosos velhos (CLEARY; LAPIER; RIPPEE, 2015; CONFORTIN *et al.*, 2017; DALLOSSO *et al.*, 2018; GALLE *et al.*, 2017; MAZO *et al.*, 2012; VAGETTI *et al.*, 2013). A qualidade de vida, no atual estudo, associou-se ao estado de saúde muito bom/excelente nos domínios Dor, Aspectos físicos, Aspectos sociais, Vitalidade e Estado geral de saúde. De acordo com Dallosso *et al.* (2018), a percepção de saúde melhora diante de maiores níveis de exercícios físicos. Segundo os autores, indivíduos entre 40 e 85 anos melhoraram a percepção de saúde à medida que aumentaram os níveis de exercícios, melhoraram a capacidade funcional e reduziram o número de morbidades. De igual modo, a boa percepção de saúde se relacionou com a melhora na condição e na qualidade de vida desse público. Idosos entre 60 e 82 anos que se exercitaram por 1 (um) ano melhoraram a percepção de saúde em decorrência de uma melhor aptidão física e redução do IMC (GALLE *et al.*, 2017). Resultado semelhante foi observado por Mazo *et al.* (2012), em que idosos acima dos 80 anos, participantes de programas de exercícios para a Terceira Idade, relataram boa/muito boa percepção do seu estado de saúde, eram mais fisicamente

ativos e demonstravam melhor percepção da qualidade de vida. Dessa forma, pode-se inferir que a percepção da saúde de maneira favorável, além de ser considerada um ótimo indicador da própria saúde, relaciona-se a bons componentes físicos, cognitivos, emocionais e sociais, ao desempenho diário de tarefas e dos relacionamentos, além de sensação de bem-estar para os idosos velhos.

Em relação à renda, estudos demonstram que, quanto maior a renda dos idosos, melhor a percepção de qualidade de vida (ALBERTE; RUSCALLEDA; GUARIENTO, 2015; CAMELO; GIATTI; BARRETO, 2016, DAWALIBI; GOULART; PREARO, 2014; ESPIRITO SANTO; GÓES; CHIBANTE, 2014; MONDENEZE *et al.*, 2013; OLIVEIRA; THOMAZ; SILVA *et al.*, 2014; STENHOLM *et al.*, 2016; VAGGETTI *et al.*, 2013), divergindo um pouco dos resultados obtidos neste estudo, o qual não demonstrou associação positiva entre rendas altas e qualidade de vida. Altos níveis de qualidade de vida se relacionaram a rendas entre 2 e 5 salários para os domínios Vitalidade, Capacidade funcional e Aspectos sociais. Nessa perspectiva, Dawalibi, Goulart e Prearo (2014), em um estudo com 182 idosos fisicamente ativos, com idade superior a 60 anos, residentes de 3 municípios do Estado de São Paulo, verificaram que a alta qualidade de vida se relacionou com idades superiores a 80 anos, ser casado, ter filhos, nível educacional médio ou superior e renda acima de 3 salários mínimos. Oliveira, Thomaz e Silva (2014) apuraram que idosas com maior renda eram mais ativas, apresentavam níveis escolares mais altos e melhor qualidade de vida geral. O grupo de menor renda apresentou pontuação menor nas facetas atividades, passadas, presentes e futuras, intimidade, relações sociais, meio ambiente. No estudo de Vaggetti *et al.* (2013), com uma amostra de 450 idosas participantes do programa “Idosos em movimento”, classes econômicas mais baixas (C, D e E) estão associadas à percepção de saúde negativa, sobretudo nas idosas mais velhas. Apesar de a qualidade de vida, de modo geral, ser considerada boa, o que pode ser efeito do estilo de vida ativo, os domínios psicológicos, meio ambiente e físico foram os mais afetados. Resultado similar foi observado por Paiva *et al.* (2016), que avaliaram os fatores associados à qualidade de vida dos idosos do Triângulo Mineiro, MG. Nesse estudo, a ausência de renda ou rendas baixas se associaram a baixos escores de qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, meio ambiente e faceta intimidade. Em adição, segundo Camelo, Giatti e Barreto (2016) e Stival *et al.* (2014), idosos com renda abaixo de 4 salários mínimos apresentaram os piores escores nos componentes físicos no instrumento SF-36.

Contudo, os efeitos depreciativos das baixas condições socioeconômicas podem ser amenizados por uma vida fisicamente ativa na Terceira Idade (MODENEZE *et al.*, 2013; RIBEIRO; FERRETTI; SÁ, 2017; VAGGETTI *et al.*, 2013; PINHEIRO; COELHO FILHO, 2017). Em um estudo com idosos residentes do meio urbano e do meio rural, Ribeiro, Ferretti e Sá (2017) verificaram que idosos rurais são fisicamente mais ativos do que os urbanos e, apesar de relatarem condições socioeconômicas mais precárias (99,3%), com rendas médias baixas, apresentaram melhor percepção da qualidade de vida. Os idosos rurais apresentaram maiores escores nos domínios psicológicos, relações sociais e relações com o meio ambiente do *Whoqol-Bref* e, ainda, nas dimensões autonomia, participação social, morte, atividades passadas, presentes e futuras, intimidade, e no escore geral do *Whoqol-Old*, quando comparados aos idosos urbanos. Assim, acredita-se que, mesmo diante de condições financeiras inferiores, a estrutura e o contexto de vida dos idosos, bem como o estilo de vida, podem favorecer o convívio social, uma participação mais ativa na sociedade e na vida familiar, além de uma maior autonomia e maior desenvolvimento de atividades físicas diárias e de lazer, justificando o fato de uma melhor qualidade de vida estar relacionada a rendas mais baixas.

A renda também se constitui como um fator importante para as relações familiares durante a velhice, em que os idosos independentes financeiramente ajudam filhos e parentes próximos (AREOSA, 2015; AREOSA; BULLA, 2010), decidem residir sozinhos (FLORES *et al.*, 2016) ou em repúblicas e condomínios próprios para idosos (TESTON; MARCON, 2014; FORTES, 2010). Na presente pesquisa, não foram investigados a fundo os arranjos familiares nem o papel familiar desempenhado pelos idosos. Todavia, apesar da prevalência de viúvos (48,5% n= 182), 43,1% (n= 162) da amostra, esses residiam com uma pessoa (amigos, parentes, filhos ou netos). Em adição, os resultados demonstraram que morar com amigos e parentes se relaciona, positivamente, com a qualidade de vida nos Aspectos físicos, Estado geral de saúde, Dor, Aspectos sociais, emocionais e Saúde mental. Nessa perspectiva, estudos demonstram que, em se tratando de idosos velhos, o suporte familiar e as redes de apoio são de suma importância para a manutenção da capacidade funcional, da autonomia, das condições de saúde física e psicoemocionais, para interação social, propiciando melhor qualidade de vida a esse público (BATISTONI *et al.*, 2013; NERI *et al.*, 2018; RABELO; NERI, 2016). Nesse sentido, acredita-se que, a partir da trajetória de vida, da história individual e familiar, os idosos escolhem com quem



desejam manter proximidade e em quem acreditam que deve prestar assistência em caso de necessidades (BATISTONI *et al.*, 2013).

Quanto à raça, estudos demonstram que idosos brancos, além de serem mais fisicamente ativos do que idosos de outras etnias (SOUZA, FILLENBAUM, BLAY, 2015, PINHEIRO *et al.*, 2016 WILCOX *et al.*, 2000, WILLEY *et al.*, 2010), são os menos afetados por fatores como doenças crônicas (STAIANO *et al.*, 2015; WILLEY *et al.*, 2010), déficit cognitivo (HOLZ *et al.*, 2013), fragilidade (MELLO; ENGSTROM; ALVES, 2014; PEREIRA; BORIM; NERI, 2017), institucionalização (PINHEIRO *et al.*, 2016), incapacidade funcional (ARAÚJO *et al.*, 2017), baixas condições socioeconômicas (SOUZA; FILLENBAUM; BLAY, 2015). Esses aspectos estão mais associados a etnias pretas e pardas do que a idosos brancos e atuam, diretamente, na saúde de modo geral, nas amizades e demais relações sociais e afetivas, assim como capacidade física e cognitiva, interferindo na percepção da qualidade de vida desse público, justificando a relação encontrada nesta pesquisa entre a etnia branca e os altos escores dos domínios Dor, Saúde mental, Estado geral de saúde e Aspectos sociais da qualidade de vida.

No que tange ao sexo, estudos revelam que homens idosos apresentam níveis mais altos de qualidade de vida (SILVA *et al.*, 2016; CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015; FERRETTI *et al.*, 2015; MONDENEZE *et al.*, 2013). A presente pesquisa, contudo, encontrou associação positiva entre as mulheres e os Aspectos sociais, emocionais e Saúde mental, mas nenhuma relação entre o público masculino e altos índices da qualidade de vida. De acordo com Orfila *et al.* (2006), estudo corroborado por Paschoal (2016), há um conjunto de fatores, além do sexo, que levam o idoso a avaliar a qualidade de sua vida. Dessa maneira, a trajetória sociocultural, em conjunto com as condições socioeconômicas e fatores limitantes do envelhecimento, facilitam a exposição do público feminino a problemas físicos e mentais, contribuindo para a baixa qualidade de vida (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015; SANTOS; CUNHA, 2014; SILVA *et al.*, 2016). Como as mulheres compõem a maior parte da amostra, pressupõe-se que elas se beneficiem mais do que os homens do efeito protetor que o exercício físico pode exercer. Ou seja, apesar de serem mais frágeis física e economicamente, a prática regular de exercícios físicos é capaz de beneficiar a saúde física e mental, atuando, positivamente, nos sentimentos, nas emoções e nos relacionamentos familiares e sociais.

Observa-se que o tema qualidade de vida em idosos tem sido amplamente discutido e pesquisado. Na perspectiva objetiva de qualidade de vida, entende-se que o estado de saúde, as limitações, o ambiente social e físico, a moradia, bem como outros indicadores observáveis e quantificáveis, contemplam o espectro da qualidade de vida que uma pessoa detém. Por outro lado, a abordagem subjetiva de qualidade de vida, que inclui a satisfação com a vida, compreende avaliações individuais, diferenças culturais e contextuais na percepção do padrão de vida. Dessa forma, estudar tanto os fatores objetivos quanto os subjetivos da qualidade de vida é importante para se compreender a velhice e como os idosos vivenciam esse momento e se comportam nessa fase da vida.

Quanto à satisfação com a vida, até o presente momento, tem-se apenas uma escala avaliada psicometricamente para o público idoso brasileiro entre 60 a 93 anos, a *Life Satisfaction Index for The Third Age* (LSITA), utilizada nesta pesquisa. A grande maioria dos estudos nacionais foram conduzidos com outras escalas, ainda que essas não tenham sua validade e confiabilidade asseguradas.

O presente estudo encontrou um padrão de satisfação com a vida em idosos velhos fisicamente ativos, visto que a grande maioria das variáveis analisadas se relacionam com todos os domínios desse constructo. As variáveis associadas à elevada satisfação com a vida são as seguintes: sexo feminino, aposentadoria, peso adequado ou baixo peso, residir com parentes e amigos, ausência de quedas, dores e de dificuldades em executar tarefas cotidianas, prática de exercícios físicos de 20 anos ou mais, motivação intrínseca e número de melhorias decorrentes da prática de exercícios físicos (3 a 6 melhorias). De igual modo, as variáveis frequência de exercícios de 3 a 4 vezes por semana e etnia branca somente não se correlacionaram com o domínio resolução e força moral. A presença de uma única dor, que não se associou a altos escores de Otimismo e à menor quantidade de doenças, apresentaram relação apenas com os domínios Congruência entre os objetivos desejados e alcançados e Autoconceito.

No que se refere ao sexo, resultados aqui obtidos diferem dos encontrados na literatura, ou seja, os homens apresentam maior satisfação com a vida do que as mulheres (CACHIONI *et al.*, 2017; LUKASCHEK *et al.*, 2017; MEGGIOLARO; ONGARO, 2015; MEISENBERG; WOODLEY, 2015; NERI *et al.*, 2018). Entretanto, não se pode fazer comparações, visto que os estudos desses autores avaliaram idosos de diversas faixas etárias, ou seja, não somente os idosos velhos (75 a 85

anos) e que não eram fisicamente ativos. De acordo com Humpert (2014), apesar de haver distinção cultural na satisfação com a vida entre homens e mulheres, a associação do sexo com outros fatores, tais como o estilo de vida, a saúde, os relacionamentos sociais e familiares, a educação e a renda, influencia na satisfação com a vida. Como já visto anteriormente, as mulheres são maioria nas faixas etárias mais altas e também as mais fisicamente ativas. Dessa forma, acredita-se que, mesmo na presença de fatores negativos como baixa escolaridade, doenças, dores, viuvez e falta de reconhecimento social, a prática de exercícios físicos regular tem o poder de atuar, positivamente, na percepção positiva a respeito da qualidade de vida e nos julgamentos cognitivos, ou seja, na satisfação com a vida das mulheres mais idosas, o que justifica associação do público feminino com alta satisfação com a vida nesta pesquisa.

Em relação à etnia, verifica-se que não há consenso nos estudos sobre quais etnias estão mais propensas à alta satisfação na Terceira Idade (KNIES; NANDI; PLATT, 2016; LUKASCHEK *et al.*, 2017; MEGGIOLARO; ONGARO, 2015; MUDRÁK; SLEPICKA; SSKA, 2011). Isso se deve ao fato de que há uma série de fatores culturais, contextuais e subjetivos que podem influenciar nos afetos e nas avaliações que os indivíduos fazem a respeito da vida de maneira geral ou em áreas específicas, tais como *status* financeiro, saúde, relações sociais e familiares, bem como a aproximação da morte (DIENER; OISHI; TAY, 2018; DIERNER; TAY; MYERS, 2012; FERRETTI *et al.*, 2018; LLOBET *et al.*, 2011; READ; GRUNDY; FOVERSKOY, 2016). De acordo com Knies, Nandi e Platt (2016) e Willis *et al.* (2016), as minorias étnicas e sociais tendem a ter menor satisfação com a vida do que populações majoritárias. Isso se estende tanto para o público mais jovem quanto para os idosos mais velhos. Dessa maneira, como os brancos são mais prevalentes nas faixas etárias superiores a 70 anos, principalmente entre as mulheres (OLIVEIRA; THOMAZ; SILVA, 2015; PINHEIRO *et al.*, 2016) e os mais fisicamente ativos (SOUZA; FILLENBAUM; BLAY, 2015, PINHEIRO *et al.*, 2016), pode-se inferir que os mesmos apresentam maiores níveis de satisfação com a vida. Isso pode ser justificado pela associação entre alta satisfação com a vida e etnia branca demonstrada neste estudo. Entretanto, diante da idade avançada dos investigados, pode haver alterações biopsicossociais (como a morte do cônjuge ou de familiares e amigos), que conduzam à redução ou à perda do sentido e do prazer de viver, aumentando o medo da morte. Esse fato explica a

ausência da associação entre o domínio Resolução e Força moral da satisfação com a vida e a etnia branca.

A aposentadoria se relacionou, positivamente, com níveis altos de satisfação com a vida. Contudo, assim como na qualidade de vida, esse resultado diverge de muitos estudos encontrados na literatura que associam o trabalho remunerado, mesmo após a aposentadoria, como benéfico para a satisfação com a vida, em suas diversas dimensões, tais como a satisfação com a vida em geral, com as relações sociais, a saúde, os aspectos cognitivos e funcionais, dentre outros fatores (GUERSON; FRANCA; AMORIM, 2018; MATZ-COSTA *et al.*, 2014; RIBEIRO *et al.*, 2018; SCHWINGEL *et al.*, 2009). A aposentadoria, no entanto, pode ser benéfica quando estruturada e bem planejada ou quando é vista como o início de uma nova fase da vida (BONSANG; KLEIN, 2012). Desse modo, ela é capaz de beneficiar a saúde física e psicoemocional, as relações familiares, promover mais redes de apoio por meio da maior interação social, além de propiciar maior participação em atividades prazerosas, como práticas religiosas, trabalhos voluntários e exercícios físicos (DIENER; OISHI; TAY, 2018; BOEHS; SILVA, 2017; GORRY; GORRY; SLAVOV, 2018; NUNES *et al.*, 2017; SIEDLECKI *et al.*, 2014). Esses fatores favorecem uma elevada satisfação com a vida, em idades mais avançadas.

Apesar de este estudo não verificar a satisfação com a vida longitudinalmente, pode-se inferir que a aposentadoria pode ter proporcionado a manutenção ou, até mesmo, o aumento da satisfação com a vida global ou em domínios específicos da amostra, visto que a maior parte dos idosos relataram aos pesquisadores terem iniciado a prática de exercícios físicos após a aposentadoria, o que pode ser comprovado pelo predomínio do tempo de prática (de 5 a 10 anos), e que a rotina de exercícios proporcionou maior disposição, maior amizade, melhorias na saúde (redução de dores, doenças e consumo de medicamentos), interferindo, ainda, na estética corporal.

Em relação ao peso, esta pesquisa encontrou associação positiva entre o baixo peso e o peso adequado e a satisfação com a vida. O peso corporal demonstra ser um importante fator para a satisfação com a vida na Terceira Idade (DIENER; OISHI; TAY, 2018). Apesar de o baixo peso ser comum entre os mais velhos e estar relacionado a diversas alterações que contribuem para a sarcopenia, osteopenia, fragilidade e para aumento das quedas entre os mais velhos (PEREIRA; BORIM; NERI, 2017; SOUZA *et al.*, 2018; WACHHOLZ, RODRIGUES, YAMANE, 2011), o

sobrepeso e a obesidade podem trazer sérios prejuízos aos idosos, principalmente na velhice avançada. O excesso de peso se associa ao maior risco para o desenvolvimento de doenças crônicas, principalmente as dislipidêmicas, as cardiovasculares e os distúrbios musculoesqueléticos, causando maior número de dores, incapacidades e de mortalidade, quando comparado à desnutrição, isto é, ao baixo peso (FREITAS *et al.*, 2017; SOUZA *et al.*, 2018). Além disso, idosos com excesso de peso apresentam maior insatisfação corporal, sobretudo entre as mulheres (COPATTI *et al.*, 2017; MARTINS *et al.*, 2018; SOUZA *et al.*, 2018).

Na atual pesquisa, por se tratar de uma amostra de participantes fisicamente ativos, acredita-se que os idosos com baixo peso investigados possam ter perdido peso de forma intencional. Essa perda de peso pode estar aliada ao desejo de se “encaixar” dentro dos padrões estéticos estabelecidos socialmente ou pelo próprio indivíduo, justificando os altos escores de satisfação com a vida associados a esse público. De igual modo, mesmo que a perda de peso não tenha sido intencional, mas patológica, pode-se inferir que a prática regular de exercícios amenizou ou, até mesmo, preveniu alguns sintomas e distúrbios causados pela desnutrição, que afetariam, negativamente, na avaliação que esses indivíduos fariam sobre a vida ou sobre algum aspecto específico, como a saúde, a autonomia, os relacionamentos, dentre outros.

Nessa perspectiva, em relação aos eutróficos, pressupõe-se que, além dos benefícios amplamente salientados na literatura sobre o que a prática regular de exercícios físicos pode proporcionar aos idosos velhos, manter-se fisicamente ativos pode ter atuado também como mantenedor do peso para alguns, bem como facilitador para que outros idosos atinjam o peso adequado ou um peso mais próximo do que julgam ser o ideal, propiciando, assim, um julgamento positivo não só em relação à vida em geral, aos aspectos sociais e de saúde, mas também no que se refere a si próprios (autoconceito) e ao futuro.

Entre os pesquisadores, é consenso que, na Terceira Idade, especialmente nas faixas etárias mais altas, as redes de apoio e o suporte da família e dos amigos são de capital importância para que os idosos se sintam amados e cuidados, beneficiando tanto a saúde física e cognitiva quanto a superação ou enfrentamento de situações difíceis, como morte de cônjuges ou de entes próximos (DIENER, OIHSI; TAY, 2018; LUHMANN *et al.*, 2012; NG; TEY; ASADULLAH, 2017; NERI *et al.*, 2018; SIEDLECKI *et al.*, 2014). Acredita-se que isso seja verdadeiro, visto que, neste

estudo, a maior parte dos idosos moravam com alguém e que escores altos da satisfação com a vida se associou, positivamente, com o fato de residirem com parentes e amigos. Todavia, não há, na literatura, consenso sobre os arranjos familiares de idosos velhos e essa temática (BANJARE; DWIVEDI; PRADHAN, 2015; DIENER; OISHI; TAY, 2018; KIM; SOK, 2014; ZEBHAUSER *et al.*, 2014). Uma hipótese para tal fato é que as preferências de convívio e quem os idosos selecionam para estar próximos e se relacionarem podem sofrer influências das condições passadas e atuais de vida e também dos laços afetivos estabelecidos ao longo da trajetória de vida, interferindo na satisfação com a vida destes indivíduos.

Além das relações sociais e familiares, a saúde é um aspecto de grande valia no julgamento cognitivo, na Terceira Idade. Deteriorações graves na saúde física e mental, que causam algum dano ao indivíduo, são responsáveis pela redução da satisfação com a vida em idades avançadas (BAIRD; LUCAS; DONNELLAN, 2010; JIVRAJ *et al.*, 2014; LHLE *et al.*, 2016; LIM *et al.*, 2017; NG; TEY; ASADULLAH, 2017). No estudo de Lhle *et al.* (2016), a satisfação com a vida começou a declinar-se aos 80 anos, a partir de alterações nas competências cognitivas, na saúde física e no estado geral de saúde, que afetaram, conseqüentemente, a rotina de atividades e tarefas diárias. Em consonância, Lim *et al.* (2017) e Ng, Tey e Asadullah (2017) verificaram que idosos com alta satisfação com a vida tinham poucos problemas de saúde física e mental, apoio social estável e alta satisfação econômica. Corroborando esses achados, este estudo encontrou relação positiva entre alta satisfação com a vida e ausência de quedas e dores, a presença de um único tipo de dor e a inexistência de dificuldades para realização de tarefas.

A presença de doenças, além de interferir no contexto social, nas condições físicas e na funcionalidade cognitiva, é capaz de atuar, negativamente, no senso de realização, de produtividade e nas metas estabelecidas pelos idosos (KHOURY; GÜNTHER, 2013; MANTOVANI; LUCCA; NERI, 2015; CACHIONI *et al.*, 2017). De igual modo, interfere na autoavaliação que esses fazem de si em decorrência das circunstâncias e situações vividas (JÓIA; RUIZ, 2013; PEREIRA; NOGUEIRA; SILVA, 2015; AWANG *et al.*, 2017). Esses fatos confirmam os achados do presente estudo, o qual constatou que a menor incidência de doenças se relaciona com a satisfação com a vida no que se refere ao Autoconceito e à Congruência entre os objetivos almeçados e alcançados.

Percebe-se, então, a importância de se minimizar os fatores que interferem, negativamente, na saúde, na autonomia e na independência dos idosos velhos. Vale lembrar que uma das formas de manutenção pode ser por meio da prática regular de exercícios físicos, que, além de beneficiar os aspectos físicos e sociais, é capaz de influenciar, positivamente, na percepção e nas avaliações que os idosos fazem sobre sua vida de maneira geral ou específica. Isso pode ser justificado, pois, apesar da presença de doenças, dores e quedas, a alta satisfação com a vida foi prevalente em mais da metade da amostra investigada nesta pesquisa (68,26%, n=256 – Tabela 4), bem como para a classificação alta de todos os domínios (Tabela 3).

Em adição, este estudo ainda verificou que a menor quantidade de dor sentida pelos idosos mais velhos não apresenta relação com a satisfação com a vida no que se refere ao otimismo. Esse domínio avalia o entusiasmo de respostas e o grau de envolvimento em atividades da vida em geral (NEUGARTEN; HAVIGHURST; TOBIN, 1961; BARRETT; MURK, 2006). Estudos mostram que as dores prevalecem nas faixas etárias mais altas e, mesmo em intensidades mais baixas, podem atuar, negativamente, na percepção que os idosos têm sobre as condições e o contexto de vida em geral. Além disso, é uma das principais causas de morbidades, visto que se associa, diretamente, à incapacidade de manutenção de uma vida mais saudável, independente e feliz, devido às limitações funcionais significativas, mesmo para atividades simples do dia a dia (BOBBO *et al.*, 2018; FERRAIUOLI; FERREIRA, 2017; KOKKONEN *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2015). Pode-se inferir que a dor, mesmo em menor quantidade, pode estar associada não só a problemas físicos, mas também a sentimentos e sensações que causem desinteresse e desânimo em relação a si próprio ou em atividades que antes eram prazerosas, tais como visitar amigos e frequentar grupos religiosos.

Apesar de não muito extensa, a literatura sobre exercícios físicos em idades avançadas demonstra que idosos velhos que se exercitam tendem a ser mais felizes e satisfeitos (CONDELLO *et al.*, 2016; KHAZAEI-POOL *et al.*, 2015; SOLBERG *et al.*, 2014; STRAND *et al.*, 2014; WITHALL *et al.*, 2014). Essa satisfação se relaciona à imagem corporal positiva, com manutenção e até aumento das redes de apoio, da funcionalidade física e mental, da autonomia e independência para gerenciar suas vidas (CONDELLO *et al.*, 2016; DIENER; OISHI; TAY, 2018; SOLBERG *et al.*, 2014). No entanto, diferente da qualidade de vida, este estudo não verificou associação positiva entre os tipos de exercícios físicos e altos níveis da

satisfação com a vida. Embora os benefícios acerca da prática regular de exercícios na Terceira Idade sejam bastante difundidos no meio científico, acredita-se que a falta de relação desses com a satisfação com a vida possa ter ocorrido porque a satisfação com a vida depende de avaliações cognitivas e subjetivas, isto é, a satisfação baseia-se em um critério próprio sobre a vida, sendo influenciada por aspectos físicos, sociodemográficos e sociais. Dessa forma, a maneira como cada idoso escolhe e vivencia a prática de exercícios físicos, bem como percebe seus benefícios, ocorre de forma singular e individual. De igual modo, por se tratar de um público mais velho, podem existir fatores próprios do processo de envelhecimento que afetem, negativamente, a satisfação quanto aos tipos específicos de exercícios físicos.

Em contrapartida, o tempo de prática de exercícios físicos apresentou relação com a satisfação com a vida. Constatou-se que o fato de o idoso se exercitar por 20 anos ou mais está associado a um julgamento cognitivo positivo em idosos entre 75 e 85 anos. Mesmo que não haja um tipo de exercício específico que auxilie na manutenção da satisfação com a vida, na velhice avançada, percebe-se que conservar uma vida ativa fisicamente por um maior período de tempo pode auxiliar na manutenção de níveis altos de satisfação em seus mais diversos domínios. Como já visto anteriormente, a dificuldade de se conduzir estudos longitudinais de *follow-up* tão longo (iguais ou superiores a 20 anos) também justifica a escassez de estudos sobre essa temática e a satisfação com a vida de idosos de diversas faixas etárias. Esta pesquisa, por conseguinte, é de grande valia tanto para a população idosa quanto para estudiosos e profissionais da área, pois, além de confirmar que se manter fisicamente ativo por um maior período de tempo melhora as condições e a satisfação com vida na velhice, testifica que, mesmo diante de algumas alterações comuns da idade, a satisfação com a vida permanece elevada nessa população.

Além do tempo total de prática de exercícios físicos, esta pesquisa verificou que, para os idosos mais velhos, exercitar-se de 3 a 4 vezes por semana apresenta associação com altos níveis de satisfação com a vida, exceto no que se refere à Resolução e Força moral. No entanto, resultados semelhantes ao observado não foram identificados na literatura, dificultando a interpretação e a discussão desses dados, que pode ser explicado pelos seguintes motivos: primeiro, pela baixa produção científica sobre a satisfação com a vida e exercícios físicos entre idosos longevos; e segundo, pelo fato de este estudo ser o pioneiro a utilizar a *Life Satisfaction Index for The Third Age* – LSITA para avaliar a satisfação com a vida.



Pesquisas revelam que frequências iguais ou superiores a 3 vezes na semana podem proporcionar benfeitorias nas condições de vida dos idosos de todas as faixas etárias (CONDELLO *et al.*, 2016; HARALDSTAD *et al.*, 2017; INOUE *et al.*, 2015; MIRANDA; SOARES; SILVA, 2016; SOLBERG *et al.*, 2014; OH *et al.*, 2015). Dessa maneira, acredita-se que o exercício físico realizado em média de 3 a 4 vezes por semana proporciona melhorias na funcionalidade cotidiana, na saúde e nas relações sociais, que atuam, diretamente, nas avaliações e nos julgamentos cognitivos que os idosos fazem em relação à vida. Mas, devido à idade avançada, eventos naturais e socioculturais, bem como modificações fisiológicas, podem alterar, de maneira negativa, como esse público vislumbra, supera ou aceita suas adversidades e as condições atuais de vida.

Outra variável que apresentou associação com a alta satisfação com a vida foi a motivação intrínseca ou autônoma – motivação inerente ou inata de um indivíduo que não necessita de influência do meio externo para que determinadas atividades sejam realizadas (RYAN; DECI, 2000). Estudos sugerem que, quando os fatores motivacionais são de origem intrínseca, esses são mais relevantes para que os idosos mantenham uma rotina de exercícios (CAVALLI *et al.*, 2014; CONDELLO *et al.*, 2016; FERRAND; MARTINENT; BONNEFOY, 2014; MAZO, 2012; MEURER *et al.*, 2012; REED; COX, 2007; STANDAGE; SEBIRE; LONEY, 2008).

No presente estudo, a motivação intrínseca foi representada pela busca por melhores condições de saúde física e cognitiva, melhorias estéticas, maior interação social e por sensações de prazer e relaxamento, sendo que a saúde é a mais predominante. Benefícios na saúde e na autonomia funcional são os fatores que mais incentivaram os idosos a se exercitarem, principalmente os mais velhos (ANTUNES; MAZO; BALBÉ, 2011; BAVOSO *et al.*, 2017; CAVALLI *et al.*, 2014; FERRARI *et al.*, 2017), assim como melhorias estéticas, satisfação corporal e autoestima (CONDELLO *et al.*, 2016; COPATTI *et al.*, 2017; FONSECA *et al.*, 2014), além de sensação de bem-estar e prazer (CAVALLI *et al.*, 2014; MEURER; *et al.*, 2012; SOLBERG *et al.*, 2014).

Solberg *et al.* (2014), em uma investigação que avaliou a motivação em 62 idosos que participaram de um programa de intervenção física, com média de idade de 75 anos, os autores verificaram que a motivação intrínseca influencia na escolha dos exercícios praticados, contribuindo para melhor sensação de bem-estar, satisfação e autonomia. Os resultados ainda sugerem que os indivíduos com alta motivação intrínseca mantêm índices elevados de bem-estar e satisfação em

comparação àqueles com baixa motivação intrínseca. A longo prazo, essa motivação tende a se manter ou aumentar os efeitos do exercício físico, enquanto a motivação extrínseca pode ser prejudicial. No presente estudo, não foram analisados quais motivos levaram os idosos a iniciarem a prática de exercícios físicos, mas sim quais fatores os mantêm ativos. Supõe-se que, mesmo que fatores externos como amizades, indicação médica ou incentivo dos familiares possam ter sido mais relevantes em um primeiro momento, são os fatores subjetivos e intrínsecos que mais favorecem a manutenção da prática de exercícios físicos, de forma que o indivíduo se exercite em busca de um ideal próprio, contribuindo, assim, para avaliações cognitivas e positivas em relação à vida.

Quanto ao número de melhorias relacionadas à prática de exercícios físicos (3 a 6), não foram encontrados estudos que relacionassem a quantidade de melhorias devido à prática de exercício físico e à satisfação com a vida. A literatura científica é vasta no que se refere às benfeitorias causadas pelo estilo de vida ativo em idosos mais longevos. É amplamente salientado que, nessa população, o exercício físico é um dos principais fatores protetivos e preventivos contra os declínios sociais, físicos e psicoemocionais do envelhecimento. Além dos fatores genéticos, a maneira com que os indivíduos vivenciam e avaliam os exercícios físicos pode ser determinante para se beneficiarem dessa prática. Nesse contexto, dois ou mais indivíduos podem estar inseridos em um mesmo programa de exercícios e disporem de resultados distintos. Em adição, neste estudo, os idosos investigados relataram diversas benfeitorias em diferentes áreas, sendo que algumas são mais prevalentes, tais como melhor disposição e maior rede de amigos, e outras menos predominantes, mas não de menor significância. Dessa forma, acredita-se que, quanto maior for o acúmulo de melhorias, maior será a satisfação com a vida nessa população, em diferentes áreas da vida.

### 6.3 DETERMINANTES DA QUALIDADE DE VIDA E DA SATISFAÇÃO COM A VIDA

Diante da variedade de associações positivas e como foco principal desta pesquisa, foi realizada a análise de regressão logística com objetivo de verificar quais variáveis (sociodemográficas, de saúde, de exercícios físicos e de limitações e

incapacidades) foram determinantes para a alta qualidade de vida e satisfação com a vida de idosos fisicamente ativos na velhice avançada. Vale assinalar que, para a promoção da qualidade de vida em idosos, constatou-se que o número de tarefas com limitações, os tipos de exercícios (aeróbico), o número de doenças e de dores são os fatores mais determinantes.

Em relação ao número de tarefas, os resultados apontam que esse é o preditor mais significativo para a qualidade de vida, sendo que, quanto menor a quantidade de atividades com dificuldades de realização, melhor a qualidade de vida na velhice avançada. Isso pode ser explicado a partir da seguinte afirmação: manter uma vida autônoma e independente, além de gerar benefícios, atua na promoção de um estilo de vida mais saudável e na proteção contra declínios e danos prejudiciais em diversas áreas da vida dos idosos. A literatura científica é vasta no que se refere às benfeitorias decorrentes da manutenção das atividades rotineiras entre os idosos mais velhos. A realização das tarefas básicas cotidianas, bem como das atividades sociais, religiosas e de lazer habituais, são poderosos contribuintes para a preservação das boas condições de vida, pois relacionam-se com fatores que favorecem a manutenção da funcionalidade física, cognitiva e social, reduzindo a incidência de doenças crônicas, psicossomáticas e alterações cognitivas e psicoemocionais, que acarretam sentimentos e comportamentos depreciativos, além de sintomas depressivos e de ansiedade, contribuindo, desse modo, para a preservação da autonomia e independência para gerenciar suas vidas com qualidade (BORTOLUZZI *et al.*, 2017; DIAS *et al.*, 2015; SOUSA, GONÇALVES; GAMBA, 2018; LIMA; VALENÇA; REIS, 2017; NERI *et al.*, 2018; NUNES *et al.*, 2017; PINTO *et al.*, 2015; PORCIÚNCULA *et al.*, 2014).

Pinto *et al.* (2015) constataram que o comprometimento das atividades básicas e instrumentais de vida diária influencia, negativamente, no desempenho da marcha e do equilíbrio. O estudo de Dias *et al.* (2015), com objetivo de avaliar o impacto das atividades avançadas de vida diária na incidência de declínio cognitivo em 819 idosos, de diversas faixas etárias, por um período de 4 anos, constatou que, quanto maior o número de atividades físicas, sociais e intelectuais realizadas, menor a chance de declínio cognitivo e distúrbios psicoemocionais, especialmente em idades superiores a 75 anos. Lima, Valença e Reis (2017) averiguaram que a dependência funcional cotidiana de idosos longevos frequentadores de uma Unidade de Saúde da Família do município de Vitória da Conquista, BA, estava associada a repercussões

psicológicas (sentimentos como tristeza, medo, desânimo e sintomas de ansiedade e depressão) e repercussões sociais (redução das atividades e relações sociais e maior isolamento social). Percebe-se que a qualidade de vida está diretamente relacionada com o desempenho nas tarefas habituais, tanto as mais simples quanto as mais complexas, e que qualquer redução ou alteração de atividades pode prejudicar as condições de vida dos idosos velhos.

Como já visto anteriormente, a prática regular de exercícios físicos está associada à qualidade de vida mais alta em idosos velhos, o que pode ser confirmado neste estudo, no qual mais da metade da amostra (79,7%, n=299 – Tabela 4) apresentou alta qualidade de vida geral e em todos os domínios específicos (Tabela 3). Entretanto, mesmo que diversos tipos de exercícios físicos proporcionem melhores condições e qualidade de vida, esta pesquisa verificou que os exercícios de natureza aeróbica foram os mais significativos para a velhice avançada, isto é, a qualidade de vida tende a aumentar caso o idoso pratique algum exercício aeróbico. Isso ocorre porque, apesar de essa prática proporcionar benefícios à saúde mental e ao desempenho cognitivo (BOUAZIZ *et al.*, 2015; FRODL *et al.*, 2019), às funções cardiovasculares e pulmonar (BOUAZIZ *et al.*, 2018; FERREIRA *et al.*, 2017; SILLANPÄÄ *et al.*, 2012), à aptidão física e ao desempenho motor (BOUAZIZ *et al.*, 2018; HORDER *et al.*, 2013, DOHRN *et al.*, 2016) e modificar, positivamente, a composição e o peso corporal (GUDLAUGSSON *et al.*, 2012; ÉMILE *et al.*, 2014, NAPOLI *et al.*, 2014), ela possibilita maior socialização e redes de apoio entre os idosos velhos (BOUAZIZ *et al.*, 2018; ÉMILE *et al.*, 2014; FISKEN *et al.*, 2015; PEDERSEN; SALTIN *et al.*, 2015).

Isso pode ser vislumbrado neste estudo, em que a grande maioria dos exercícios aeróbicos (caminhada, natação, hidroginástica, corrida, dança e alguns tipos de ginástica) eram realizados em grupo, ou seja, os idosos se exercitavam com uma ou mais pessoas da mesma idade e/ou de faixas etárias diferentes. De acordo com Siedlecki *et al.* (2014) e Maia *et al.* (2016), a maior interação e o suporte social são importantes para atenuar e proteger os idosos contra os riscos de vulnerabilidade e isolamento social associados aos declínios e às alterações decorrentes do processo de envelhecimento. Diante disso, pressupõe-se que, além dos benefícios para a saúde física e mental, a maior socialização e as redes de apoio proporcionadas pelos exercícios aeróbicos podem explicar a importância dessa prática para a promoção da qualidade de vida de idosos velhos. Por conseguinte, é importante que, na Terceira

Idade, principalmente nas faixas etárias mais elevadas, os idosos incluem alguma modalidade aeróbica na rotina regular de exercícios, a fim de melhorar os aspectos que atuam na qualidade de suas vidas.

Outra variável determinante para a qualidade de vida é o número de patologias que acometem os idosos. Apesar de as doenças serem um aspecto comum na Terceira Idade e de sua incidência aumentar com o avançar dos anos devido à genética, ao estilo de vida adotado durante vários anos e ao ambiente inserido, elas desencadeiam uma série de fatores que afetam, significativamente, a qualidade de vida dos idosos (PRINCE *et al.*, 2015; VAGETTI *et al.*, 2013). Entre esses fatores, destacam-se: a ocorrência de fragilidade (LIBERALESSO *et al.*, 2017; MELLO; ENGSTROM; ALVES, 2014), quedas (HOPEWELL *et al.*, 2018; LIBERALESSO *et al.*, 2017) e dores (FERRETTI *et al.*, 2018), bem como o surgimento de novas patologias (BOTES *et al.*, 2018), a redução dos afazeres cotidianos, das atividades físicas e de lazer (BORTOLUZZI *et al.*, 2017; GAVASSO; BELTRAME, 2017; MODENEZE *et al.*, 2013), o alto risco para mortalidade (BOTES *et al.*, 2018; NUNES *et al.*, 2017; PRINCE *et al.*, 2015). Percebe-se que as doenças são capazes de provocar consequências negativas, que facilitam o aparecimento de outras enfermidades ainda mais nocivas, prejudicando, cada vez mais, o contexto de vida e, conseqüentemente, a qualidade de vida dos idosos velhos. Assim, quanto menos doenças incidirem sobre o idoso, melhor será sua capacidade de gerenciar a própria vida de maneira eficaz e com qualidade.

O atual estudo não examinou a maneira pela qual as doenças interferem na vida dos idosos investigados, mas acredita-se que aqueles que apresentam uma única doença (24,8%, n=93) estão entre os indivíduos que possuem pouca ou nenhuma dor corporal, ausência ou risco reduzido para quedas, entre os que desempenham suas atividades do dia a dia sem dificuldades e que possuem melhor qualidade de vida do que aqueles com 3 ou mais patologias.

Assim como as doenças, as dores ocorrem com maior frequência em idades avançadas, causando alterações em diversas áreas, que repercutem, negativamente, na percepção que os idosos têm sobre sua existência. A maior incidência de dores está associada à menor interação social e familiar, problemas físicos, distúrbios cognitivos e outros agravos que reduzem a autonomia e a capacidade funcional (BOBBO *et al.*, 2018; FERRETTI *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2015), levando os idosos a experimentar sentimentos depreciativos, tais como solidão,

medo, tristeza e insegurança, quadros depressivos e de ansiedade, além de comportamentos de isolamento social (DELLAROZA *et al.*, 2013; FERRETTI *et al.*, 2018; SANTOS; CENDOROGLIO; SANTOS, 2017; STENSLAND; SANDERS, 2018). Em vista disso, esta investigação constatou que a dor é um aspecto de grande relevância para a manutenção da alta qualidade de vida em idosos velhos. A dor quando associada aos declínios naturais da idade avançada, é capaz de provocar sérios danos, de forma a incapacitar esse público tanto física quanto socialmente, repercutindo em um estilo de vida dependente e mais sedentário. Dessa forma, supõe-se que, quanto menor a incidência de dores, mais alta será a qualidade de vida dos idosos mais longevos fisicamente ativos.

Ao analisar a satisfação com a vida, as variáveis determinantes para níveis elevados desse constructo são: o número de doenças e o número de tarefas. Faz-se necessário enfatizar que as doenças se apresentam como fator de maior relevância para predizer a satisfação em idosos velhos. Embora o envelhecimento não seja sinônimo de doenças, a maior presença de doenças crônicas na velhice não somente se relaciona à incapacidade funcional e dependência, mas também seus agravos aumentam o risco de transtornos psicoemocionais e de mortalidade nessa população (BRASIL, 2011; FERNÁNDEZ; ROSERO-BIXBY; KOIVUMAA-HONKANEN; 2016), refletindo, diretamente, nos sentimentos e na compreensão que os idosos têm sobre suas vidas (BERGLUND; WESTER, 2017; GERSTORF *et al.*, 2008; KINOSHITA *et al.*, 2012). Contudo, apesar de a menor presença de doença ser um fator de extrema importância para a manutenção da satisfação entre os mais velhos, estudos sugerem que esse é um fator secundário, ou seja, existem outros aspectos mais significantes para predizer as avaliações e os julgamentos cognitivos nos idosos (BERGLUND; WESTER, 2017; LIM *et al.*, 2017; LLOBET *et al.*, 2011; MARGELISCH *et al.*, 2017; NG; TEY; ASADULLAH, 2017; READ; GRUNDY; FOVERSKOV 2016).

Cabe ressaltar que esses estudos não avaliaram, exclusivamente, os idosos mais longevos, nem aqueles que se exercitavam regularmente. Diante disso, supõe-se que, para idosos velhos fisicamente ativos, sem graves limitações e alterações funcionais, as doenças podem reduzir a capacidade funcional e autonomia desse público, ou seja, o maior número de comorbidades, além de prejudicar a saúde física, modifica todo o contexto de vida, reduzindo as redes sociais, os afazeres cotidianos, a prática de exercícios físicos e, conseqüentemente, a satisfação em relação a diversas áreas da vida.

Como discorrido ao logo desta pesquisa, a manutenção das tarefas diárias é de grande valia para a Terceira Idade, visto que se relaciona com autogoverno, independência e proteção contra distúrbios psicoemocionais, demonstrando ser um dos principais elementos contribuintes para a manutenção da satisfação com vida entre os indivíduos de mais idade. Todavia, assim como as doenças, as tarefas são retratadas em diversas pesquisas como elementos suplementares para a promoção da satisfação com a vida na velhice avançada, pois, muitas vezes, são frutos de eventos e agravos que acometem os idosos (BOBBO *et al.*, 2018; FERRETTI *et al.*, 2018; LIMA; VALENÇA; REIS, 2017; NERI *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2017). Ao contrário disso, os resultados do presente estudo apontam as tarefas diárias como sendo um aspecto determinante para a alta satisfação com a vida de idosos velhos fisicamente ativos. Essa diferença pode ser explicada porque diversos estudos foram conduzidos com idosos sedentários ou insuficientemente ativos. Assim, presume-se que qualquer alteração na execução de atividades tem o poder de limitar ou cessar o hábito de o idoso se exercitar, diminuindo seus benefícios para essa população. Esse fato interfere, diretamente, nos julgamentos sobre áreas específicas da vida e sobre a vida de maneira global.

Diante do exposto, pode-se afirmar que manter uma prática regular de exercícios físicos, tanto na velhice quanto nos anos que a antecedem, é de extrema importância para um envelhecimento saudável. Verificou-se a existência de diversas variáveis (sociodemográficas, de saúde, de exercício físico, de limitações e de incapacidades físicas) que podem influenciar na qualidade de vida e na satisfação com a vida em idosos velhos fisicamente ativos, uma vez que esses elementos, aliados à prática regular de exercícios físicos, estão diretamente relacionados com as condições de vida e com o modo que o indivíduo avalia, interpreta e vivencia a velhice. De igual modo, observa-se que, entre essas variáveis, algumas são mais significativas, ou seja, determinantes para que os idosos mais longevos mantenham uma vida com mais satisfação e com qualidade. No entanto, é preciso considerar que, além dessas, outras variáveis, tais como nível socioeconômico e de escolaridade, autoavaliação de saúde, estado civil e relações sociais e familiares, podem predizer percepções e avaliações positivas, haja vista tanto a qualidade quanto a satisfação com a vida mudam de acordo com interesses pessoais e sociais, com o ambiente no qual o idoso está inserido e com o contexto histórico-social de cada indivíduo (PASCHOAL, 2016; PAVOT *et al.*, 2009).

Nessa perspectiva, ressalta-se o ineditismo deste estudo ao investigar uma população bastante específica: idosos velhos fisicamente ativos, porquanto, são escassas as pesquisas com amostras homogêneas de idosos com idade igual ou superior a 75 anos, isto é, a maioria dos estudos conduzidos com essa temática estão centrados em amostras mistas (jovens e idosos) ou se concentram em idosos mais jovens (abaixo dos 75 anos) (BOBBO *et al.*, 2018; CACHIONI *et al.*, 2017; CHEUNG *et al.*, 2017; COSTA *et al.*, 2018; DIAS *et al.*, 2015; FERREIRA *et al.*, 2017; MEGGIOLARO; ONGARO, 2015; SHERRINGTON *et al.*, 2017).

Além disso, há carência de estudos com amostras de idosos velhos praticantes de exercícios físicos (LIU *et al.*, 2017; EL-KHOURY *et al.*, 2015; FERRARI *et al.*, 2017; ILIFFE *et al.*, 2015; MIRANDA; SOARES; SILVA, 2016; MUDRÁK; SLEPICKA; SISKÁ, 2011; PÉREZ-ROS *et al.*, 2016; WINTERS-STONE *et al.*, 2016; WITHAL *et al.*, 2014). Acredita-se que isso ocorra devido aos declínios naturais oriundos do processo de envelhecimento, que se acentuam nas faixas etárias mais elevadas, dificultando a condução de estudos com amostras de idosos mais longevos fisicamente ativos.



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional não é, naturalmente, um fenômeno exclusivo do Brasil, pois ocorre em várias partes do mundo. À medida que se percebe o crescente aumento da população idosa, é possível deparar-se com uma realidade repleta de complexidade e subjetividade, o que incentiva mais pesquisadores a se dedicarem ao tema. Estudar a ciência do envelhecimento na atualidade, de um lado, apresenta-se como uma necessidade premente, visto que o aumento da expectativa de vida traz consigo uma nova percepção e compreensão das condições vivenciadas; de outro, insere os pesquisadores em um universo rico em detalhes que ainda precisam ser investigados.

Neste estudo, buscou-se avaliar os determinantes da qualidade de vida e da satisfação com a vida de idosos fisicamente ativos, com idades entre 75 e 85 anos. Como um dos principais achados, observou-se que o exercício aeróbico, a quantidade de dores, de doenças e de tarefas com dificuldades de realização são as variáveis mais significativas para a qualidade de vida. Verificou-se, ainda, que o número de doenças e a quantidade de tarefas com dificuldades de realização também são os principais preditores para satisfação com a vida.

Outro resultado relevante refere-se à associação de outras variáveis sociodemográficas, de saúde, de exercício físico e limitações e incapacidades com altos escores de qualidade de vida e satisfação com vida. Ressalta-se que, pelo fato de a satisfação com a vida ser considerada uma dimensão subjetiva da qualidade de vida, algumas dessas variáveis são comuns a esses constructos. Os achados desta investigação destacam a importância de manter-se um estilo de vida fisicamente ativo, bem como procurar minimizar fatores que influenciam, negativamente, a funcionalidade física, mental e social na velhice.

Apesar dos avanços e dos achados importantes, esta investigação apresentou algumas limitações. Por ser um estudo transversal, é impossível estabelecer relações causais entre a qualidade de vida e a satisfação com a vida, com o exercício físico e com as variáveis resultantes, para idosos na velhice avançada. Outra limitação decorre de a coleta de dados ter sido realizada em uma única cidade brasileira. Entretanto, mesmo que os achados devam ser relativizados e não devam ser generalizados para a população idosa brasileira, essa limitação pode ser

minimizada pelo tamanho amostral e pela diversidade de variáveis tanto sociodemográficas quanto de saúde, de exercícios físicos e de limitações e incapacidades. A idade restrita da amostra, 75 a 85 anos, também se torna um aspecto limitante; no entanto, a literatura científica é vasta no que se refere a idosos mais jovens (60 a 70 anos). Por ser uma população que está em constante crescimento no cenário brasileiro, conhecer como a qualidade de vida e a satisfação com a vida se comportam diante das condições vividas e pelo estilo de vida adotado pelos idosos se torna de suma importância para que novas políticas públicas e ações possam surgir com intuito de aumentar a expectativa de vida dessa população. Pode haver, ainda, algumas limitações quanto a determinados parâmetros analisados, por exemplo, a dor foi avaliada por uma pergunta direta, assim como algumas outras variáveis (doença, estado de saúde, exercício físico, motivação, quedas e tarefas habituais). Nesse caso, apenas a qualidade de vida e a satisfação com a vida foram avaliadas com instrumentos padronizados. Cabe destacar, como limitação, que o SF-36 (qualidade de vida), abrange indivíduo de 26 a 81 anos, e que nesta pesquisa a amostra investigada apresentava idade entre 75 a 85 anos. Ressalta-se ainda, que apesar de existir um questionário que avalia o nível de atividade física validado para população brasileira, o *International Physical Activity Questionnaire* – IPAQ, optou-se pela não utilização deste instrumento devido a complexidade de suas perguntas para a amostra investigada e porque este questionário não abrange algumas variáveis de exercícios físicos investigadas neste estudos, tais como: tempo total de exercícios físicos, motivação, local de prática e melhorias devido a prática de exercícios físicos.

Acredita-se que, desse modo, o conhecimento acerca do público mais longo vivo possa ser ampliado, com objetivo de informar não só à população em geral sobre os benefícios de se envelhecer de maneira ativa, mas também auxiliar profissionais da área de Saúde e de outras áreas afins, tanto a prescrição de exercícios físicos, na orientação sobre adoção de comportamentos saudáveis, quanto a atuação preventiva e curativa de doenças e outros agravos.

Para estudos futuros sugere-se novas pesquisas com faixas etárias mais elevadas, em diferentes regiões brasileiras, com perfil de idosos diferentes, bem como, estudos longitudinais que sejam conduzidos com idosos longevos fisicamente ativos, com objetivo de compreender e determinar os fatores indispensáveis para a promoção da qualidade de vida e a satisfação com a vida dessa população.

## REFERÊNCIAS

- AARONSON, N. K. et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. **Journal of the National Cancer Institute**, Cary, v. 85, n. 5, p. 365-376, Mar. 1993.
- ABDALA, G. A. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde do idoso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 55, p. 1-9, jan. 2015.
- ABDEL-KHALEK, A. M. Happiness, health, and religiosity among Lebanese young adults. **Cogent Psychology**, Oxfordshire, v. 2, n. 1, p. 1-11, May. 2015.
- ABDEL-KHALEK, A. M.; LESTER, D. Constructions of religiosity, subjective well-being, anxiety, and depression in two cultures: Kuwait and USA. **International Journal of Social Psychiatry**, London, v. 58, n. 2, p. 138-145, Mar. 2012.
- ABDULLA, A. et al. Guidance on the management of pain in older people. **Age and Ageing**, London, v. 42, n.1, p. 1-57, Mar. 2013.
- ACSM. American College of Sports Medicine. American College of Sports Medicine position stand. Progression models in resistance training for healthy adults. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, Madison, v. 41, n. 3, p. 687-708, Mar. 2009.
- AGUIAR, C. C. T. et al. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes melito. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 52, n. 6, p. 931-939, ago. 2008.
- AKNIN, L. B. et al. It's the Recipient That Counts: Spending Money on Strong Social Ties Leads to Greater Happiness than Spending on Weak Social Ties. **PLoS ONE**, San Fransisco, v. 6, n. 2, p. e17018, Feb. 2011.
- ALBERTE, J. S. P.; RUSCALLEDA, R. M. I.; GUARIENTO, M. E. Qualidade de vida e variáveis associadas ao envelhecimento patológico. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 32-39, jan./mar. 2015.
- ALBUQUERQUE, A. S.; TRÓCCOLI, B. T. 2004. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. **Psicologia. Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 153-164, maio/ago. 2004.
- ALMEIDA, A. N.; KASSOUF, A. L. Determinantes do consumo das famílias com idosos e sem idosos, com base na Pesquisa de Orçamentos Familiares de 1995/96. **Revista de Economia Aplicada**, São Paulo, FEA/USP, v. 8, n. 3, 2004. Disponível em: <<https://www.cepea.esalq.usp.br/br/documentos/texto/determinantes-do-consumo-das-familias-com-idosos-e-sem-idosos-com-base-na-pesquisa-de-orcamentos-familiares-de-1995-96-a-artigo-publicado-na-revista-de-economia-aplicada-fea-usp-2004.aspx>>. Acesso em: 22 jan. 2019.

AMORIM, J. S. C.; SALLA, S.; TRELHA, C. S. Fatores associados à capacidade para o trabalho em idosos: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 830-841, dez. 2014.

ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.3, n. 2, p. 273-294, jul./dez. 1998.

ANTUNES, G.; MAZO, G; Z.; BALBE, G. P. Relação da autoestima entre a percepção de saúde e aspectos sociodemográficos de idosos praticantes de exercício físico. **Revista da Educação Física**, UEM, Maringá, v. 22, n. 4, p. 583-589, dez. 2011.

ARAÚJO, G. K. N. et al. Capacidade funcional e depressão em idosos. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 11, n. 10, p. 3778-3786, out. 2017.

AREOSA, S. V. C. Idosos provedores: a importância dos recursos da aposentadoria para as famílias brasileiras. **Barbarói**, Santa Cruz, v. 1, n. 45, p. 173-184, jul./dez, 2015.

AREOSA, V. C.; BULLA, L. C. O envelhecimento humano e as novas configurações familiares: o idoso como provedor. **Psicologia**, Lisboa, v. 24, n. 1, p. 161-171, 2010.

ASSUMPÇÃO, P. et al. Fatores associados ao baixo peso em idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1143-1150, nov. 2018.

AUQUIER, P.; SIMEONI, M. C.; MENDIZABAL, H. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. **Revue Prevenir**, Paris, v. 33, n. 1, p. 77-86, 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000092&pid=S1413-8123200000010000200001&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000092&pid=S1413-8123200000010000200001&lng=en)>. Acesso em: 22 jan. 2019.

AVELAR, I. S. et al. The influence of a protocol of aquatic exercises in postural control of obese elderly. **Revista Andaluza de Medicina do Deporto**, Sevilla, v. 11, n. 2, Apr./June, p. 69-74, 2018.

AWANG, H. et al. Understanding ageing: fear of chronic disease later in life. **Journal of International Medical Research**, Northampton, v. 46, n. 1, p. 175-184, July, 2017.

BADDELEY, A. Working memory. **Science**, New York, v. 255, n. 5044, p. 556-559, Jan.1992.

BAIRD, B. M.; LUCAS R.; DONNELLAN, M. B. Life satisfaction across the lifespan: Findings from two nationally representative panel studies. **Social Indicator Research**, Atlanta, v. 99, n. 2, p. 183-203, Nov. 2010.

BALBÉ, G. P. et al. Fatores associados à baixa qualidade de vida de idosos praticantes de exercícios físicos. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 89-104, fev. 2016.

BALTES, P. B.; BALTES, M. M. **Successful aging**: perspective from the behavioral sciences. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

BANJARE, P.; DWIVEDI, R.; PRADHAN, J. Factors associated with life satisfaction amongst the rural elderly in Odisha, India. **Health and Quality of life**, London, v. 13, n. 1, p. 1-13, Dec. 2015.

BARBANTI, V. J. **Dicionário de Educação Física e Esporte**. São Paulo: Manole, 2011.

BARBOSA, M. B. et al. Prevalência e fatores associados ao consumo de álcool e de tabaco em idosos não institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, abr./mar. 2018.

BARRETT, A. J.; MURK, P. J. Life Satisfaction Index for the Third Age (LSITA): A Measurement of Successful Aging. In: ISAAC, E. P. (Ed.). **Proceedings of the Midwest Research-to-Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education**. St. Louis: University of Missouri-St. Louis, 2006. p. 7-12.

BARSANO, P. R.; BARBOSA, R. P.; GONÇALVES, E. **Evolução e envelhecimento humano**. São Paulo: Érica, 2014.

BATISTONI, S. S. T. et al. Arranjos domiciliares, suporte social, expectativa de cuidado e fragilidade. In: NERI, A. L. (Org.). **Fragilidade e qualidade de vida na velhice**. Campinas, SP: Alínea, 2013. p. 267-282.

BATISTONI, S. S. T. Gerontologia Ambiental: panorama de suas contribuições para a atuação do gerontólogo. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 647-657, set. 2014.

BATZ, C.; TAY, L. Gender differences in subjective well-being. In: DIENER, E.; OISHI, S.; TAY, L. (Eds.). **Handbook of well-being**. Salt Lake City, UT: DEF Publishers, 2018. p. 89-125.

BAZELLO, B. et al. Prática esportiva do idoso: autoimagem, autoestima e qualidade de vida. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 66, n. 145, p. 171-186, jul. 2016.

BAZZANELLA, N. A. L.; PICOLLI, J. C. J.; QUEVEDO, D. M. Qualidade de vida percebida e atividade física: um estudo em idosas acima de 80 anos participantes de um programa municipal de saúde da Terceira Idade na Serra Gaúcha, RS. **Estudos interdisciplinares sobre Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 249-270, 2015.

BEATON, D. E. et al. Recommendations for the Cross-Cultural adaptation of Healthy Status Measures. **American Academy of Orthopaedic Surgeons Institute for Work & Health**, 2002.

BEAUVOIR, S. **Le vieillissement**. Paris: Gallimard, 1970.

BERGLUND, E.; WESTER. Housing type and neighbourhood safety behavior predicts self-rated health, psychological well-being and frequency of recent unhealthy days: a comparative cross-sectional study of the general population in Sweden. **Planning Practice and Research**, Santiago, v. 32, n. 4, p. 444-465, Sept. 2017.

BARNETT, I.; VAN SLUIJS, E. M.; OGILVIE, D. Physical activity and transitioning to retirement: a systematic review. **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v. 43, n. 3, p. 329-336, Sept. 2012.

BERLEZI, E. M. et al. Como está a capacidade funcional de idosos residentes em comunidades com taxa de envelhecimento populacional acelerado? **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 643-652, jul./ago. 2016.

BIASOLI, T. R.; MORETTO, M. C.; GUARIENTO, M. E. Baixa escolaridade e doenças mentais em idosos: possíveis correlações / Low education level and mental illness in older adults: Possible correlations. **Revista Ciências Médicas**, Campinas, v. 25, n. 1, p. 1-10, 2016. Disponível em: <<https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/viewFile/2952/2372>>. Acesso em: 30 jun. 2018.

BLANCHFLOWER D. G.; OSWALD, A. J. Is well-being U-shaped over the life cycle? **Social Science & Medicine**, New York, v. 66, n. 8, p. 1733-1749, Apr. 2008.

BAVOSO, D. et al. Motivação e autoestima relacionada à prática de atividade física em adultos e idosos. **Revista Brasileira de Psicologia do Esporte**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 26-37, out. 2017.

BOBBO, V. C. D. et al. Saúde, dor e atividades de vida diária entre idosos praticantes de *Lian Gong* e sedentários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1151-1158, abr. 2018.

BOCCHI, A.; ADAMI, F. S. Relação da qualidade de vida com o estado nutricional e faixa etária de idosos. **Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 14, n. 1, p. 44-52, jan./abr. 2017.

BOEHM, J. K. et al. Variability modifies life satisfaction's association with mortality risk in older adults. **Psychological Science**, New York, v. 26, n. 7, p. 1063-1070, July, 2015.

BOEHS, S. T. M.; SILVA, N. Papel de trabalho, carreira, satisfação de vida e ajuste na aposentadoria. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 141-153, dez. 2017.

BONSANG, E.; KLEIN, T. J. Retirement and Subjective Well-Being. **Journal of Economic Behavior & Organization**, New York, v. 83, n. 3, p. 311-329, Aug. 2012.

BORMAN, W. C. et al. Personality predictors of citizenship performance. **International Journal of Selection and Assessment**, Minneapolis, v. 9, n. 1-2, p. 52-69, Mar. 2001.

BORTOLUZZI, E. C. et al. Prevalência e fatores associados à dependência funcional em idosos longevos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Londrina, v. 22, n. 1, p. 85-94, fev. 2017.

BOSCATTO, E. C. et al. Nutritional status in the oldest elderly and associated factors. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 59, n. 1, p. 40-47, fev. 2013.

BOTES, R. Relative contribution of various chronic diseases and multi-morbidity to potential disability among Dutch elderly. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 1, p. 1-24, Dec. 2018.

BOUAZIZ, W. et al. Effects of interval aerobic training program with recovery on cardiorespiratory and endurance fitness in seniors. **Scandinavian Journal of medicine and Science in Sports**, Copenhagen, v. 28, n. 11, p. 2284-2292, Nov. 2018.

BOUAZIZ, W. et al. Health benefits of cycle ergometer training for older adults over 70: a review. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Amsterdam, v. 69, n. 1, p. 110-127, Mar./Apr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto\\_idoso\\_3edicao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/27/CADERNETA-PESSOA-IDOSA-2017-Capa-miolo.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2019.

BRASIL. Presidência da República – Casa Civil. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências, 1996. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm)>. Acesso em: 23 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da 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.

BRITO, K. Q. D.; MENEZES, T. N.; OLINDA, R. A. Incapacidade funcional: condições de saúde e prática de atividade física em idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 5, p. 773-780, set./out. 2016.

BRITTO, R.; SOUSA, L. A. P. Teste de caminhada de seis minutos: uma normatização brasileira. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 49-54, out./dez. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/18789>>. Acesso em: 30 mar. 2018.

BROVOLD, T.; SKELTON, D. A.; BERGLAND, A. Older adults recently discharged from the hospital: Effect of Aerobic Interval Exercise on Health-Related Quality of Life, Physical Fitness, and Physical Activity. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 61, n. 9, p. 1580-1585, Sept. 2013.

BRUNS, M. A. T.; ABREU, A. S. O envelhecimento: Encantos e desencantos da aposentadoria. **Revista da Associação Brasileira de Orientação Profissional**, São Paulo, v.1; n.1, p. 5-33, jun. 1997.

BURNS, E.; KAKARA, R. Deaths from Falls Among Persons Aged  $\geq 65$  Years - United States, 2007-2016. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 67, n. 18, p. 509-5014, 2018. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/wr/mm6718a1.htm#contribAff>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

BURNS, E. R.; STEVENS, J. A.; LEE, R. The direct costs of fatal and non-fatal among older adults – United States. **Journal of Safety Research**, Chicago, v. 58, n. 1, p. 99-103, Sept. 2016.

CACHIONI, M. et al. Bem-estar subjetivo e psicológico de idosos participantes de uma Universidade Aberta à Terceira Idade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 340-351, maio/jun. 2017.

CAMARANO, A. M.; KANSO, S. Envelhecimento da população brasileira – uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 52-64.

CAMARGOS, M. C. S. Instituições de longa permanência para idosos: um estudo sobre a necessidade de vagas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 211-217, jan./jun. 2014.

CAMELO, L. V.; GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos residentes em região de alta vulnerabilidade para saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 280-293 jun. 2016.

CAMÕES, M. et al. Exercício físico e qualidade de vida em idosos: diferentes contextos sociocomportamentais. **Motricidade**, Ribeira de Pena, v. 12, n. 1, p. 96-105, mar. 2016.



CAMPOS, A. C. V.; FERREIRA, F. E.; VARGAS, A. M. D. Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2221-2237, jul. 2015.

CAMPOLINA, A. G.; DINI, P. S.; CICONELLI, R. M. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2919-2925, jun. 2011.

CARMONA, C. F.; COUTO, V. V. D.; SCORSOLINI-COMIN, F. A experiência de solidão e a rede de apoio social de idosos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 4, p. 681-691, out./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v19n4/1413-7372-pe-19-04-00681.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2019.

CARVER, C. S.; SCHEIER, M. F. Dispositional Optimism. **Trends in Cognitive Sciences**, Kidlington, v. 18, n. 6, p. 293-299, jun. 2014.

CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**, Boston, v. 100, n. 2, p. 126-131, Mar./Apr. 1985. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424733/>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

CAVALCANTI, C. L. Envelhecimento e obesidade: um grande desafio no século XXI. **Revista Brasileira de Ciência da Saúde**, João Pessoa, v. 14, n. 2, p. 87-92, mar. 2010.

CAVALLI, A. S. Motivação de pessoas idosas para a prática de atividade física: estudo comparativo entre dois programas universitários – Brasil e Portugal. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 255-264, nov. 2014.

CESAR, C. C. et al. Capacidade funcional de idosos: análise das questões de mobilidade, atividades básicas e instrumentais da vida diária via teoria de resposta ao item. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 931-45, maio, 2015.

CHANG, C. et al. Correlates of institutionalized senior veterans' quality of life in Taiwan. **Health and Quality of Life Outcomes**, London, v. 8, n. 1, p. 70 July, 2010.

CHEUNG, C. et al. Managing knee osteoarthritis with yoga or aerobic/strengthening exercise programs in older adults: a pilot randomized controlled trial. **Rheumatology International**, Berlin, v. 37, n. 3, p. 389-398, Mar. 2017.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de Qualidade de Vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999. Disponível em: <[http://www.ufjf.br/renato\\_nunes/files/2014/03/valida%C3%A7%C3%doquestion%C3%Alrio-de-qualidade-de-Vida-SF-36.pdf](http://www.ufjf.br/renato_nunes/files/2014/03/valida%C3%A7%C3%doquestion%C3%Alrio-de-qualidade-de-Vida-SF-36.pdf)>. Acesso em: 21 jan. 2019.

CLEARY, K.; LAPIER, T.; RIPPEE, A. Perceptions of exercise and quality of life in older patients in the United States during the first year following coronary artery bypass surgery. **Physiotherapy Theory & Practice**, London, v. 31, n. 5 p. 337-346, July, 2015.

CONFORTIN, S. C. et al. Condições de vida e saúde de idosos: resultados do estudo de coorte EpiFloripa Idoso. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, 305-317, abr./jun. 2017.

COPATTI, S. L. Imagem corporal e autoestima em idosos: uma revisão integrativa da literatura. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 22, n. 3, p. 47-62, jun. 2017.

COSTA, P.; MCCRAE, R. R. Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 38, n. 4, p. 668-678, Apr. 1980.

COSTA, C. S.; SCHNEIDER, B. C.; CESAR, J. A. Obesidade geral e abdominal em idosos do sul do Brasil: resultados do estudo COMO VAI? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3585-3596, nov. 2016.

COSTA, F. R. et al. Qualidade de vida de idosos participantes e não participantes de programas públicos de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 24-34, fev. 2018.

COSTA, I. P. et al. Qualidade de vida de idosos e sua relação com o trabalho. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, e2017-0213, set. 2018.

CURL, A.; THOMPSON, C. W.; ASPINALL, P. The effectiveness of “shared space” residential street interventions on self-reported activity levels and quality of life for older people. **Landscape and Urban Planning**, Amsterdam, v. 139, p. 117-125, July, 2015.

DALLOSSO, H. et al. Movement through Active Personalised engagement (MAP) – a self-management programme designed to promote physical activity in people with multimorbidity: study protocol for a randomised controlled trial. **Trials**, London, v. 19, n. 1, p. 576, Oct./Dec. 2018.

DAWALIBI, N. W.; GOULART, R. M. M.; PREARO, L. C. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a Terceira Idade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3505-3512, ago. 2014.

DAWALIBI, N. W. et al. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 30, n. 3, p. 393-403, jul./set. 2013.

DAY, H.; JANKEY, S. G. Lessons from the literature: toward a holistic model of quality of life. In: RENWICK, R.; BROWN, I.; NAGLER, M. (Eds.). **Quality of life in health promotion and rehabilitation: conceptual approaches, issues and applications**. Thousand Oaks: Sage, 1996. p. 39-50.

DE NEVE, J. E. Functional polymorphism (5-HTTLPR) in the serotonin transporter gene is associated with subjective wellbeing: evidence from a US nationally representative sample. **Journal of Human Genetics**, Tokyo, v. 56, n. 6, p. 456-459, June, 2011.

DE VRIES, N. M. et al. Effects of physical exercise therapy on mobility, physical functioning, physical activity and quality of life in community-dwelling older adults within paired mobility, physical disability and/or multi-morbidity: a meta-analysis. **Ageing Research Reviews**, Oxford, v. 11, n. 1, p. 136-149, Jan. 2012.

DEBERT, G. G.; SIMÕES, J. A. Envelhecimento e velhice na família contemporânea. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 2165-2176.

DELLAROZA, M. S. G. et al. Associação de dor crônica com uso de serviços de saúde em idosos residentes em São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 914-922, out. 2013.

DESLANDES, A. The biological clock keeps ticking, but exercise may turn it back. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 71, n. 2, p. 113-118, fev. 2013.

DIAS, E. G. et al. Atividades avançadas de vida diária e incidência de declínio cognitivo em idosos: Estudo SABE. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p. 1623-1635, ago. 2015.

DIAS, M.; SILVA; LIMA, R. M. Estimulação cognitiva por meio de atividades físicas em idosos: examinando uma proposta de intervenção. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 325-334, abr./jun. 2012.

DIAS, R. G. et al. Diferenças nos aspectos cognitivos entre idosos praticantes e não praticantes de exercício físico. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 4, p. 326-331, out./dez. 2014.

DIENER, E. New findings and future directions for subjective well-being research. **American Psychologist**, Washington, v. 67, n. 8, p. 590-597, Nov. 2012.

DIENER, E. Guidelines for national indicators of subjective well-being and life-being. **Journal of Happiness Studies**, Dordrecht, v. 7, n. 4, p. 397-404, Feb. 2006.

Disponível em:

<[http://labs.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Guidelines\\_for\\_National\\_Indicators.pdf](http://labs.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Guidelines_for_National_Indicators.pdf)>. Acesso em: 22 jan. 2019.

DIENER, E. Subjective well-being. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 95, n. 3, p. 542-575, Jan. 1984.

DIENER, E.; CHAN, M. Happy people live longer: subjective well-being contributes to health and longevity. **Applied psychology: Health and Well-being**, London, v. 3, n. 1, p. 1-43, Jan. 2011.

DIENER, E. et al. The Satisfaction with Life Scale. **Journal of Personality Assessment**, Burbank, v. 49, n. 1, p. 71-75, Feb. 1985.

DIENER, E.; FUJITA, F. Resources, personal strivings, and subjective well-being: a nomothetic and idiographic approach. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington v. 68, n. 5, p. 926-935, May, 1995.

DIENER, E.; LUCAS, R.; SCOLLON, C. N. Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. **American Psychologist**, Washington, v. 61, n. 4, p. 305-314, May/June, 2006.

DIENER, E.; OISHI, S.; LUCAS, R. E. Personality, culture and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. **Annual Review of Psychology**, Palo Alto, v. 54, p. 403-425, Aug. 2003.

DIENER, E.; OISHI, S.; TAY, L. Advances in subjective well-being research. **Nature Human Behaviour**, London, v. 2, p. 253-260, Feb. 2018.

DIENER, E. et al. Subjective well-being: three decades of progress. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 125, n. 2, p. 276-302, Mar. 1999.

DIENER, E.; TAY, L.; MYERS, D. The religion paradox: If religion makes people happy, why are so many dropping out? **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 101, n. 6, p. 1278-1290, Dec. 2011.

DOHRN, I. M. et al. Gait speed, quality of life, and sedentary time are associated with steps per day in community-dwelling older adults with osteoporosis. **Journal of Aging and Physical Activity**, New York, v. 24, n.1, p. 22-31, Jan. 2016.

DOLAN, P.; PEASGOOD, T.; WHITE, M. Do we really know what makes us happy? A review of the economic literature on the factors associated with subjective well-being. **Journal of Economic Psychology**, Amsterdam, v. 26, n. 1, p. 94-122, Feb. 2008.

EASTERLIN, R. A. Explaining happiness. **PNAS**, Washington, v. 100, n. 19, p. 11176-11183, Sept. 2003.

EL-KHOURY, F. et al. Effectiveness of two-year balance training programme on prevention of fall induced injuries in at risk women aged 75-85 living in community: Ossébo randomised controlled trial. **BMJ**, London, v. 351, p. h3830, July, 2015.

ÉMILE, M. et al. Effects of supervised and individualized weekly walking on exercise stereotypes and quality of life in older sedentary females. **Science & Sports**, Paris, v. 29, n. 3, p. 159-163, June, 2014.

ENGLISH, T.; CARSTENSEN, L. L. Does positivity operate when the stakes are high?: Health status and decision-making among older adults. **Psychology and Aging**, Arlington, v. 30, n. 2, p. 348-355, June, 2015.

ESAIN, I. et al. Health-related quality of life, handgrip strength and falls during detraining in elderly habitual exercise. **Health and Quality of Life Outcomes**, London, v. 15, n. 1, p. 226, Nov. 2017.

ESPIRITO SANTO, H. F.; GÓES, P. M. F.; CHIBANTE, C. L. P. Limites e possibilidades do idoso frente à aposentadoria. **Kairós: Gerontologia**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 323-335, dez. 2004.

FALLER, J. W. et al. Cuidado filial e o relacionamento com o idoso em famílias de diferentes nacionalidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 1, p. 22-30, jan./fev. 2017.

FARIA, C. D. C. M. et al. Comparações entre o Nottingham Health Profile e o Short Form-36 para avaliar a qualidade de vida de idosos residentes na comunidade. **Revista brasileira de fisioterapia**, São Carlos, v. 15, n. 5, p. 399-405, out. 2011.

FARQUHAR, M. Definitions of quality of life: a taxonomy. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v.22, n.3, p.502-8, Sep. 1995.

FÁVERO, L. P. et al. Regressão Logística e Regressão logística multivariada. In: \_\_\_\_\_. (Orgs.). **Análise dos dados: modelagem multivariada para tomadas de decisões**. 1 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. p. 439-465.

FECHINE, B. R. A; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**, v. 1, n. 7, p. 106-132, jan./mar. 2012.

FERNÁNDEZ, B. R.; ROSERO-BIXBY, L.; KOIVUMAA-HONKANEN, H. Effects of Self-Rated Health and Self-Rated Economic Situation on Depressed Mood Via Life Satisfaction Among Older Adults in Costa Rica. **Journal of Aging and Health**, v. 28, n. 2, p. 225-243, 2016. Disponível em: <<http://doi.org/10.1177/0898264315589577>>. Acesso em: 22 jan. 2019.

FERRAIUOLI, C. FERREIRA, S. O outro lado da “melhor idade”: Depressão e suicídio em idosos. **Perspectiva On-line: Humanas & Sociais Aplicada**, Campos dos Goytacazes, v. 18, n. 7, p. 43-53, jan. 2017.

FERRAND, C.; MARTINENT, G.; BONNEFOY, M. Exploring motivation for exercise and its relationship with health-related quality of life in adults aged 70 years and older. **Ageing & Society**, Cambridge, v. 34, n. 3, p. 411-427, Mar. 2014.

FERRARI, T. K. et al. Estilo de vida saudável em São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. e00188015, jan. 2017.

FERREIRA, L.; TAVARES, M. C. G. C. F. **Validação da Body Appreciation Scale (BAS), Life Satisfaction Index for the Third Age (LSITA) e Aging Perception Questionnaire (APQ) para a Língua Portuguesa no Brasil:** um estudo em idosos brasileiros. 2012. 467 f. Tese (Doutorado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

FERREIRA, L. et al. Descrição de duas alterações feitas ao protocolo da American academy of Orthopaedic Surgeons Institute for Work and Health para adaptação cultural de escalas. In: VIII CONGRESSO IBEROAMERICANO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA – XV CONFERÊNCIA INTERNACIONAL AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA: FORMAS E CONTEXTOS. **Anais...** Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Portugal, 2011.

FERREIRA, L.; SIMÕES, R. **Idoso asilado:** qual a sua imagem? São Paulo: Fontoura, 2011.

FERREIRA, M. C. G. et al. Representações sociais de idosos sobre qualidade de vida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 4, p. 806-8013, jul./ago. 2017.

FERREIRA, O. G. L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis v. 21, n. 3, p. 513-518, jul./set. 2012.

FERREIRA, M. P. N. et al. Padrões dietéticos e fatores associados em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 534-544, ago. 2017.

FERRETTI, F. et al. Análise da qualidade de vida em idosos praticantes e não praticantes de exercício físico regular. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, Porto Alegre, v. 20, n. 3, p. 729=743, dez. 2015.

FERRETTI, F. et al. Qualidade de vida de idosos com dor e sem dor crônica. **Brazilian Journal of Pain**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 111-115, jun. 2018.

FIN, T. C.; PORTELLA, M. R.; SCORTEGAGNA, S. A. Velhice e beleza corporal das idosas: conversa entre mulheres. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 74-84, fev. 2017.

FISKEN, A. L. et al. Comparative effects of 2 aqua exercise programs on physical function, balance, and perceived quality of life in older adults with osteoarthritis. **Journal of Geriatric Physical Therapy**, La Crosse, v. 38, n. 1, p. 17-27, Jan./Mar. 2015.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19-28, abr. 1999.

- FLORES, F. R. et al. Qualidade da dieta entre idosos com arranjo familiar diferenciado na região do Vale do Sinos, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento Humano**, Rio Grande do Sul, v. 13, n. 2, p. 124-134, maio/ago. 2016.
- FONSECA, C. C. et al. Autoestima e satisfação corporal em idosas praticantes e não praticantes de atividades corporais. **Revista da Educação Física UEM**, Maringá, v. 25, n. 3, p. 429-439, set. 2014.
- FORTES, R. Novas formas de morar: repúblicas para idosos. **Caderno Temático Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 8, n. 5, p. 157-167, nov. 2010.
- FREIRE JÚNIOR, R. C. et al. Estudo da acessibilidade de idosos ao centro da cidade de Caratinga, MG. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 541-58, jul./set. 2013.
- FREITAS, A. P. et al. Relação da qualidade de vida com estado nutricional de idosos. **Revista Brasileira de Qualidade de vida**, Ponta Grossa, v. 9, n. 1, p. 30-44, jan./mar. 2017.
- ALVES, J. C.; FREITAS, E. V. Atividade Física. In: FREITAS, E. Viana; PY, Ligia. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 665 p.
- FRIED, L. P. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype **The journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, Washington, v. 56, n. 3, p. M146-156, Mar.2001.
- FRIJTERS, P.; BEATTON, T. The mystery of the U-shaped relationship between happiness and age. **Journal of Economic Behavior & Organization**, New York, v. 82, n. 2-3, p. 525-542, May, 2012.
- FRODL, T. Aerobic exercise increase hippocampal subfield volumes in younger adults and prevents volume declined in the elderly. **Brain Imaging and Behavior**, New York, v. 13, n. 1 p. 1-11, Mar. 2019.
- GALINHA, I. C. **Bem-estar subjetivo**: fatores cognitivos, afetivos e contextuais. Coimbra: Quarteto, 2008.
- GALLE, F. et al. Improving physical fitness and health status perception in community-dwelling older adults through a structured program for physical activity promotion in the city of Naples, Italy: A randomized controlled trial. **Geriatrics and gerontology International**, Tokyo, v. 17, n. 10, p.1421-1428, Oct. 2017.
- GARBER C. E. et al. American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: Guidance for prescribing exercise. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, Madison, v. 43, n. 7, p. 1334-1359, July, 2011.

GARCIA, D.; ERLANDSSON, A. The relationship between personality and subjective well-being: Different association patterns when measuring the affective component in frequency and intensity. **Journal of Happiness Studies**, Dordrecht, v. 12, n. 6, p. 1023-1034, Dec. 2011.

GAVASSO, W. C.; BELTRAME, V. Capacidade funcional e morbidades relatadas: uma análise comparativa em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 398-408, maio, 2017.

GERSTORF, D. et al. Decline in life satisfaction in old age: Longitudinal evidence for links to distance-to-death. **Psychology and Aging**, Arlington, v. 23, n. 1, p. 154-168, Mar. 2008.

GILLESPIE, P. et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, London, v. 12, n. 9, p. 1-416, Sept. 2012.

GIROTTI, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1763-1772, 2013.

GJOVAAG, T.; SYLLIAAS, H. Strength and Functional Capacity of a 70-Year-Old Patient Diagnosed with Parkinson Disease Following 1Year of Combined Supervised Progressive Resistance Training and Home-Based Training: A Case Report. **Healthy Aging & Clinical Care in the Elderly**, v. 9, n. 1, p. 1-5, Oct. 2017.

GORRY, A.; GORRY, D. SLAVOV, S. N. Does retirement improve health and life satisfaction? **Health Economics**, New York, v. 27, n. 12, p. 1-20, Aug. 2018.

GRUBBS, B. et al. A pilot study to assess the feasibility of group exercise and animal-assisted therapy in older adults. **Journal of Aging and Physical Activity**, New York, v. 24, n. 2, p. 322-331, Sept. 2016.

GUDLAUGSSON, J. et al. Effects of a 6-month multimodal training intervention on retention of functional fitness in older adults: A randomized-controlled cross-over design. **International Journal Behavioral Nutrition and Physical Activity**, London, v. 9, p. 107, Mar. 2012.

GUERSON, L. R. S. C.; FRANCA, L. H. F. P.; AMORIM, S. M. Satisfação com a vida em aposentados que continuam trabalhando. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 28, e2812, p. 1-8, jul. 2018.

GUTAM R.; SAITO T.; KAI, I. Correlates of life satisfaction among older Nepalese adults with a son. **Bioscience Trends**, Tokyo, v. 5, n. 2m p. 187-192, Oct. 2008.

GUTIÉRREZ, J. L. G. et al. Personality and subjective well-being: Big five correlates and demographic variables. **Personality and Individual Differences**, Oxford, v. 38, n. 7, p. 1561-1569, May, 2005.



GUTZ, L.; CAMARGO, B. V. Espiritualidade entre idosos mais velhos: um estudo de representações sociais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 793-804, out./dez. 2013.

GUYATT, G. et al. A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease. **Gastroenterology**, Baltimore, v. 96, n. 3, p. 804-810, Mar. 1989. Disponível em: <[https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(89\)80080-0/pdf](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(89)80080-0/pdf)>. Acesso em: 22 jan. 2019.

HA, S. E.; KIM, S. Personality and Subjective Well-Being: Evidence from South Korea. **Social Indicators Research**, New York, v. 111, p. 341-359, Mar. 2013.

HAIR JÚNIOR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. 6. ed. São Paulo: Bookman, 2009.

HAIRI, N. N. et al. Loss of muscle strength, mass (sarcopenia), and quality (specific force) and its relationship with functional limitation and physical disability: the Concord Health and Ageing in Men Project. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 58, n. 11, p. 2055-2062, Nov. 2010.

HALAWEH, H. et al. Physical Activity and Health-Related Quality of Life Among Community Dwelling Elderly. **Journal of clinical medicine research**, Saindpoint, v. 7, n. 11, p. 845-852, Nov. 2015.

HANMER, J. Increasing number of unintentional falls indicates urgent need for fall prevention programs. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 58, n. 3, p. 603-604, Mar. 2010.

HARADA, K. et al. Association of muscle-strengthening activity with knee and low back pain, falls, and health-related quality of life among japanese older adults: A cross-sectional survey. **Journal of Aging and Physical Activity**, New York, v. 23, n. 1, p. 1-8, jan. 2015.

HARALDSTAD, K. et al. Changes in health-related quality of life in elderly men after 12 weeks of strength training. **European Review of Aging and Physical Activity**, London, v. 14, n. 8, p. 1-6, May, 2017.

HE, W.; GOODKIND, D.; KOWAL, P. **An Aging World: 2015**, U.S. Government Publishing Office. U.S. Census Bureau. International Population Reports, Washington, p. 1-160, Apr. 2016.

HEADEY, B.; WEARING, A. **Understanding happiness: A theory of subjective well-being**. Melbourne, Victoria, Australia: Longman Cheshire, 1992.

HENCHOZ, Y. et al. Domains of importance to the quality of life of older people from two Swiss regions. **Age and Ageing**, London, v. 44, n. 6, p. 979-985, Nov. 2015.

HOLZ, A. W. et al. Prevalência de *déficit* cognitivo e fatores associados entre idosos de Bagé, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 880-888, dez. 2013.

HOPEWELL, S. et al. Multifactorial and multiple componente interventions for preventing falls in older people living in the community. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, London, v. 19, n. 7, p. 1-307, July, 2018.

HOPPMANN C.; GERSTORF, D. Biobehavioral pathways underlying spousal health dynamics: its nature, correlates, and consequences. **Gerontology**, Basel, v. 60, n. 5, p. 458-465, Apr. 2014.

HORTOBÁGYI, T. et al. Effects of three types of exercise interventions on healthy old adults' gait speed: A systematic review and meta-analysis. **Sports Medicine**, Auckland, v. 45, n. 12, p. 1627-1643, Dec. 2015.

HÖTTING K.; RÖDER B. Beneficial effects of physical exercise on neuroplasticity and cognition. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, New York, v. 37, n. 9, p. 2243-2257, Nov. 2013.

HSEE, C. K.; ZHANG, J. General evaluability theory. **Perspectives on Psychological Science**, Malden, v. 5, p. 343-355, May, 2010.

HUANG, T. et al. Physical fitness exercise versus cognitive behavior therapy on reducing the depressive symptoms among community-dwelling elderly adults: A randomized controlled trial. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 52, n. 10, p. 1542-1552, Oct. 2015.

HUMPERT, S. Gender differences in life satisfaction and social participation. **International Journal of Economic Sciences and Applied Research**, Greece, v. 6, n. 3, p. 123-42, Jan. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**, 2010. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 30 jun. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas da população**. 2018. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em: 30 jun. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população das unidades da federação por sexo e idade: 2000-2030**. 2013. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao\\_da\\_Populacao/Projecao\\_da\\_Populacao\\_2013/srm40\\_projecao\\_da\\_populacao.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/srm40_projecao_da_populacao.pdf)>. Acesso em: 30 jun. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Vamos conhecer o Brasil**. 2016. Disponível em: <<http://7a12.ibge.gov.br/vamos-conhecer-o-brasil>>. Acesso 10 fev. 2019.

- ILIFFE, S. et al. Promoting physical activity in older people in general practice: ProAct65+ cluster randomised controlled trial. **British Journal of General Practice: the journal of the Royal College of General Practitioners**, London, v. 65, n. 640, p. e731-738, Nov. 2015.
- INGLEHART, R. Islam, Gender, Culture and Democracy. **International Journal of Comparative Sociology**, Michigan, v. 43, n. 3-5, p. 224-228, Oct. 2002.
- INOUE, S. et al. Chronic pain in the Japanese community-prevalence, characteristics and impact on quality of life. **PLoS One**, San Francisco, v. 10, n. 6, p. 1-14, June, 2015.
- IRIGARAY, T. Q.; TETRINI C. M. Qualidade de vida em idosos: a importância da dimensão subjetiva. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 26, n. 3, p. 297-304, jul./set. 2009.
- JESUS, C. S. B.; BARBOSA, R. J. S. Trabalho feminino x nível de escolaridade: uma análise sobre a influência da educação para a inserção da mulher no mundo do trabalho. **Revista Ártemis**, João Pessoa, v. 21, n. 1, p. 131-146, jan./jun. 2016.
- JIN, J. Prevention of falls in older adults. **JAMA**, Chicago, v. 319, n. 16, p. 1734, Apr. 2018.
- JIVRAJ, S. et al. Aging and Subjective Well-Being in Later Life. **Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, Washington, v. 69, n. 6, p. 930-941, Nov. 2014.
- JOHN, P. D.; TYAS, S. L.; MONTGOMERY, P. R. Life satisfaction and frailty in community-based older adults: cross-sectional and prospective analyses. **International Psychogeriatrics/IPA**, New York, v. 25, n. 10, p. 1709-1716, Oct. 2013.
- JÓIA, L. C.; RUIZ, T. Satisfação com a vida na percepção dos idosos. **Kairós: Gerontologia**, São Paulo, v. 16, n. 6, p. 79-102, dez. 2013.
- JOPP, D. S. et al. Physical, cognitive, social and mental health in near-centenarians and centenarians living in New York City: findings from the Fordham Centenarian Study. **BMC Geriatrics**, London, v. 16, n. 1, Jan. 2016.
- JORDÃO NETTO, A. **Gerontologia básica**. São Paulo: Lemos, 1997.
- JUDGE, T. A. et al. Core self-evaluations and job and life satisfaction: the role of self-concordance and goal attainment. **Journal of Applied Psychology**, Washington, v. 90, n. 2, p. 257-268, Mar. 2005.
- KAUP, A. R. et al. Older adults with limited literacy are at increased risk for likely dementia. **The journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, Washington, v. 69, n. 7, p. 900-906, July, 2014.

KALKMANN, I. C.; KOETZ, L. C. E.; ADAMI, F. S. Estado nutricional e qualidade de vida de mulheres. **Caderno Psicológico**, Lajeado, v. 12, n. 1, nov. 2015.

KERSE, N. et al. Home-Based Activity Program for Older People with Depressive Symptoms: DeLLITE – A Randomized Controlled Trial. **Annals of Family Medicine**, Leewood, v. 8, n. 3, p. 214-223, May/June, 2010.

KHAZAEI-POOL, M. et al. Effect of physical exercise programme on happiness among older people. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**. Oxford, v. 22, n. 1, p. 47-57, Feb. 2015.

KHOURY H. T. T., GÜNTHER I. A. Desenvolvimento de uma medida de controle primário e secundário para idosos. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 29, n. 3, p. 277-285, jul./set. 2013.

KIRANA, P. S.; ROSEN, R.; HATZICHRISTOU, D. Subjective well-being as a determinant of individuals' responses to symptoms: a biopsychosocial perspective. **International Journal of Clinical Practice**, Oxford, v. 63, n. 10, p. 1435-1445, Oct. 2009.

KIKUCHI, E. L. Aspectos neuropsiquiátricos do envelhecimento. In: MARTINS, M. A. et al. (Orgs.). **Clínica Médica**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2009. p. 822-833.

KIM, H. et al. Effects of Exercise and Milk Fat Globule Membrane (MFGM) Supplementation on Body Composition, Physical Function, and Hematological Parameters in Community-Dwelling Frail Japanese Women: A Randomized Double Blind, Placebo-Controlled, Follow-Up Trial. **PLoS One**, San Francisco, v. 10, n. 2, p. 1-20, Feb. 2015.

KIM, J. et al. Does retirement promote healthy behaviors in Young elderly Korean people? **Journal of Behavioral Health**, Thousand Oaks, v. 5, n. 2, p. 45-54, Jan. 2016.

KIMURA, M. **Tradução para o português e validação do "Quality of Life Index", de Ferrans e Powers**. 1999. 85 f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999. Disponível em: <[http://bdpi.usp.br/single.php?\\_id=001041949](http://bdpi.usp.br/single.php?_id=001041949)>. Acesso em: 21 jan 2019.

KNIES, G.; NANDI, A.; PLATT L. Life satisfaction, ethnicity and neighbourhoods: Is there an effect of neighborhood ethnic composition on life satisfaction? **Social Science Research**, New York, v. 60, n. 1, p. 110-124, Nov. 2014.

KINOSHITA, L.N. et al. Doenças Autorrelatadas e Satisfação com a Vida de Participantes da Universidade Aberta à Terceira Idade da Escola de Artes Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (UnATI EACH-USP). **Kairós: Gerontologia**, São Paulo, v. 15, n. 7, p. 107-128, dec. 2012.

KOKKONEN, K. et al. The functional capacity and quality of life of women with advanced breast cancer. **Clinical Breast Cancer**, Dallas, v. 24, n. 1, p. 128-136, Jan. 2017.

KOPLAN, J. P.; CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E. Physical Activity, Physical Fitness, and Health: Time to Act. **JAMA**, Chicago, v. 262, n. 17, p. 243, Mar./Apr. 1989.

KRUG, R. R. et al. Fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde associados à autopercepção de saúde positiva de idosos longevos residentes em Florianópolis, Santa Catarina. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 21, n. 1, e180004, ago. 2018.

KWOK, E. Y. T.; AU, R. K. C.; LI-TSANG, C. W. P. The effect of a self-management program on the quality of life of community-dwelling older adults with chronic musculoskeletal knee pain: A pilot randomized controlled trial. **Clinical Gerontologist**, New York, v. 39, n. 5, p. 428-448, Apr. 2016.

LAMPERT, M. A.; ROSSO, A. L. P. Depression in elderly women resident in a long-stay nursing home. **Dementia & Neuropsychologia**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 76-80, Mar. 2015.

LANSFORD, J. E. A lifespan perspective on subjective well-being. In: DIENER, E.; OISHI, S.; TAY, L. (Eds.). **Handbook of well-being**. Salt Lake City, UT: DEF Publishers, 2018. Disponível em: <<https://www.nobascholar.com/chapters/25/download.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

LAWRENCE, R. H.; LIANG, J. Structural integration of the Affect Balance Scale and the Life Satisfaction Index A: Race, sex, and age differences. **Psychology and Aging**, Arlington, v. 3, n. 4, p. 375-384, Dec. 1988.

LAWTON, M. P. Environment and other determinants of well-being in older people. **Gerontologist**, Washington, v. 23, n. 4, p. 349-357, Aug. 1983.

LAYTE, R.; SEXTON, E.; SAVVA, G. Quality of life in older age: evidence from an Irish cohort study. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 61, n. 2, p. S299-305, May, 2013.

LEOPOLD, T.; LECHNER, C. Parents' Death and Adult Well-Being: Gender, Age and Adaptation to Filial Bereavement. **Journal of Marriage and Family**, Columbus, v. 77, n. 3, p. 747-760, Mar. 2015.

LHLE, A. Investigating Discontinuity of Age Relations in Cognitive Functioning, General Health Status, Activity Participation, and Life Satisfaction between Young-Old and Old-Old Age. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 13, n. 11, p. 1092, Nov. 2016.

LI, X. et al. Home-Based Exercise in older adults recently discharged from the hospital for cardiovascular disease in China: Randomized Clinical Trial. **Nursing Research**, New York, v. 64, n. 4, p. 246-255, July/Aug. 2015.

LIBERALESSO, T. E. M. Prevalência de fragilidade em uma população de longevos na região Sul do Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 553-562, abr. 2017.

LIMA, L. M. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em idosas do Centro de Convivência para a Terceira Idade de Vitória/ES. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 21, n. 2, p. 119-126, jan. 2017.

LIMA, P. V.; VALENÇA, T. D. C.; REIS, L. A. Repercussões psicossociais da dependência funcional no cotidiano de idosos longevos. **Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 293-309, jan. 2017.

LIU, C. et al. Effects of physical exercise in older adults with reduce physical capacity: Meta-analysis pf resistance exercise and multimodal exercise. **International Journal of Rehabilitation Research**, Rheinstetten, v. 40, n. 4, p. 303-314, Dec. 2017.

LLOBET, M. P. et al. Quality of life, happiness and satisfaction with life in elderly people aged 75 years and over, who are cared for in a home care program. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 467-475, May/June, 2011.

LOPES, E. S. L.; PARK, M. B. Representação social de crianças acerca do velho e do envelhecimento. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 12, n. 2, p. 141-148, maio/ago. 2007.

LOPES, M. A. et al. Motivos de não adoção à prática de atividades físicas por pessoas longevas. **Revista Mineira de Educação Física**, Viçosa, Edição Especial, n.1, p. 1145-1153, dez. 2012.

LUCAS, R. E.; DIENER, E. Personality and subjective well-being. In: DIENER, E. (Ed.). **The science of well-being: The collected works of Ed. Diener**. New York, NY, US: Springer Science + Business Media, 2009. p. 75-102. v. 37.

LUCAS, R. E. et al. Reexamining adaptation and the set point model of happiness: reactions to changes in marital status. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 84, n. 3, p. 527-539, Mar. 2003.

LUE, B. H.; CHEN, L. J.; WU, S. C. Health, financial stresses, and life satisfaction affecting latelife depression among older adults: a nationwide, longitudinal survey in Taiwan. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Amsterdam, v. 50, n. 1, p. 34-38, Feb. 2010.

LUHMANN, M. et al. The prospective effect of life satisfaction on life events. **Social Psychological and Personality Science**, Thousand Oaks, v. 4, n. 1, p. 39-45, Mar. 2013.

LUHMANN, M. et al. Subjective well-being and adaptation to life events: a meta-analysis. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 102, n. 3, p. 592-615, Mar. 2012.

LUKASCHEK, K. et al. "In the mood for ageing": Determinants of subjective well-being in older men and women of the population-based KORA-Age study. **BMC Geriatrics**, London, v. 17, n. 1, p. 126, June, 2017.

LUTHY, C. et al. Health status and quality of life: results from a national survey in a community-dwelling sample of elderly people. **Quality of Life Research**, Oxford, v. 24, n. 7, p. 1687-1696, July, 2015.

LYKKEN, D.; TELLEGEN, A. Happiness is a stochastic phenomenon. **Psychological Science**, New York, v. 7, n. 3, p. 186-189, May, 1996.

LYUBOMIRSKY, S. **The how of happiness**: A scientific approach to getting the life you want. New York: Penguin Press, 2008.

MACOVEI, S.; TUFAN, A. A.; VULPE, B. L. Theoretical Approaches to Building a Healthy Lifestyle through the Practice of Physical Activities. **Procedia – Social and Behavioral Sciences**, New York, v. 117, n. 1, p. 86-91, Mar. 2014.

MAIA, C. M. L et al. Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. **International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD. Revista de Psicología**, Lisboa, v. 1, n. 1, p. 293-303, mar. 2016.

MANTOVANI, E. P.; LUCCA, S. R.; NERI, A. L. Autoavaliação negativa de saúde em idosos de cidades com diferentes níveis de bem-estar econômico: dados do Estudo FIBRA. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3653-3668, dez. 2015.

MARGELISCH K, K. et al. Marital stability, satisfaction and well-being in old age: variability and continuity in long-term continuously married older persons. **Aging & Mental Health**, Abingdon, v. 21, n. 4, p. 389-398, Apr. 2017.

MARQUES, R. et al. Insatisfação com a imagem corporal entre pessoas de meia-idade e idosas praticantes de atividade física. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 27-40, jan. 2015.

MARSHALL, C.; LENGYEL, C.; UTIOH, A. Body dissatisfaction among middle-aged and older women. **Canadian Journal of Dietetic Practice and Research**, Toronto, v. 73, n. 2, p. 241-247, 2012.

MARTINS, R. B. et al. Satisfação com a imagem corporal, estado nutricional, indicadores antropométricos e qualidade de vida em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 667-679, dez. 2018.

MASEDA, A. et al. Quality of life, functional impairment and social factors as determinants of nutritional status in older adults: The VERISAÚDE study. **Clinical Nutrition**, Philadelphia, v. 37, n. 3, p. 993-999, June, 2018.

MATZ-COSTA C.; et al. Differential impact of multiple levels of productive activity engagement on psychological well-being in middle and later life. **Gerontologist**, Washington, v. 54, n. 2, p. 277-289, Apr. 2014.

MAYUNGBO, O. A. Agreeableness, conscientiousness and subjective wellbeing. **International Journal of Social Sciences**, Prague, v. 2, n. 3, p. 68-87, Nov. 2016. Disponível em: <<https://grdspublishing.org/index.php/people/article/view/124/114>>. Acesso em: 5 mar. 2018.

MAUÉS, C. R. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 8, n. 5, p. 405-410, set./out. 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n5/007.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2019.

MAZO, G. Z. et al. Nível de Atividade Física de Idosos Longevos Participantes de Grupos de Convivência. **BEPA, Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 9, n. 106, p. 4-14, out. 2012.

MCMINN, J.; STEEL, C.; BOWMAN, A. Investigation and management of unintentional weight loss in older adults. **BMJ**, London, v. 342, n. 29, p. 1-9, Mar. 2011.

MEENAN, R. F.; GERTMAN, P. M.; MASON, J. H. Measuring health status in arthritis: The arthritis impact measurement scales. **Arthritis and Rheumatism**, Atlanta, v. 23, n. 2, p. 146-152, Feb. 1980.

MEGGIOLARO, S.; ONGARO, F. Life satisfaction among older people in Italy in a gender approach – CORRIGENDUM. **Ageing and Society**, Cambridge, v. 35, n. 7, p. 1-24, Aug. 2015.

MEISENBERG, G.; WOODLEY, M. A. Gender Differences in Subjective Well-Being and Their Relationships with Gender Equality. **Journal of Happiness Studies**, Dordrecht, v. 16, n. 6, p. 1539-1555, Dec. 2015.

MELLO, A. C.; ENGSTROM, E. M.; ALVES, L. C. Fatores sociodemográficos e de saúde associados à fragilidade em idosos: uma revisão sistemática de literatura. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 1143-1168, jun. 2014.

MELO, E. M. A. et al. Síndrome da fragilidade e fatores associados em idosos residentes em instituições de longa permanência. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 468-480, jun. 2018.

MENESES, D. L. P. et al. A dupla face da velhice: o olhar de idosos sobre o processo de envelhecimento. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 4, n. 1, p. 15-18, fev. 2013. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/495/185>>. Acesso em: 6 mar. 2018.

MENEZES, K. M. G.; FROTA, M. H. P. O lazer enquanto expressão de vitalidade na velhice: a experiência de um centro de convivência de idosos em Fortaleza, CE. **Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, João Pessoa, v. 11, n. 32, p. 486-501, ago. 2012.



MERSKEY H.; BOGDUK N. **Classification of neuropathic pain**. Seattle: IASP, 1994.

MEURER, S. T. et al. Associação entre sintomas depressivos, motivação e autoestima de idosos praticantes de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Ciência do Esporte**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 683-695, set. 2012.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. Entre a liberdade e a dependência: reflexões. In: \_\_\_\_\_ (Orgs.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2002. p. 11-24.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, jan./mar. 2000.

MIRANDA, L. C. V.; SOARES, S. M.; SILVA, P. A. B. Qualidade de vida e fatores associados em idosos de um Centro de Referência à Pessoa Idosa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3533-3544, Apr. 2016.

MITNITSKI, A.; SONG, X.; ROCKWOOD, K. Accessing biological aging: the origin of deficit accumulation. **Biogerontology**, Dordrecht, v. 14, n. 6, p. 709-719, Dec. 2013.

MONDENEZE, D. M. et al. Perfil epidemiológico e socioeconômico de idosos ativos: qualidade de vida associada com renda, escolaridade e morbidade. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, set. 2013.

MORAES, G. V. O. et al. A percepção dos idosos sobre o saber biomédico no cuidado à velhice e às "coisas da idade". **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 309-329, jan./mar. 2016.

MOREIRA, R. M.; TEIXEIRA, R. M.; NOVAES, K. O. Contribuições da atividade física na promoção da saúde, autonomia e independência de idosos. **Kairós: Gerontologia**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 201-217, mar. 2014. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/20492>>. Acesso em: 7 jul. 2019.

MORISAWA, T. et al. Effects of increased physical activity on body composition, physical functions, vascular functions, HR-QOL, and self-efficacy in community-dwelling elderly people. **Journal of Physical Therapy Science**, Moroyama, v. 29, n. 1, p. 152-157, Jan. 2017.

MUDRÁK, J.; SLEPICKA, P.; SISKA, P. Physical Activity and Life Satisfaction in Seniors Participating in Educational Programs. **Acta Universitatis Carolinae: Kinanthropologica**, Czech Republic, v. 47, n. 1, p. 84-95, Apr. 2011.

MUSSCHENGA, A. W. The relation between concepts of quality of life, health and happiness. **Journal of Medicine and Philosophy**, Chicago, v. 22, n. 1, p. 11-28, Feb. 1997.

NAJMAN, J. M.; LEVINE, S. Evaluating the impact of medical care and technologies on the quality of life. A review and critique. **Social Science & Medicine**, New York, v. 15, n. 2-3, p. 107-115, June/Sept. 1981.

NAPOLI, N. Effect of weight loss, exercise, or both on cognition and quality of life in obese older adults. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 100, n. 1, p. 189-198, July, 2014.

NAUGHTON, M. J. Global quality of life among WHI women aged 80 and older. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, Washington, v. 71, n. 1, p. 72-78, Mar. 2016.

NCIPC. National Center for Injury Prevention and Control. **Preventing Falls: A Guide to Implementing Effective Community-based Fall Prevention Programs**. 2. ed. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2015.

NEGRINI, E. L. D. et al. Quem são e como vivem os idosos que moram sozinhos no Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 523-531, out. 2018.

NELSON, S. K.; KUSHLEV, K.; LYUBOMIRSKY, S. Te pains and pleasures of parenting: when, why, and how is parenthood associated with more or less well-being? **Psychology Bulletin**, Washington, v. 140, n. 3, p. 846-895, 2014.

NERI, A. L. et al. Fatores associados à qualidade de vida percebida em adultos mais velhos: ELSI-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 55, n. 2, p. 1-10, set. 2018.

NERI, A. L. Velhice e qualidade de vida na mulher. In: NERI, A. L. (Org.). **Desenvolvimento e envelhecimento**: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. 3. ed. Campinas: Papirus, 2007. p. 161-200.

NERI, A. L.; BATISTONI, S. S. T.; RIBEIRO, C. C. Bem-estar psicológico, saúde e longevidade. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (Eds.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2016. p. 1458-1467.

NERI, A. L.; VIEIRA, L. A. M. Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 419-432, jul./set. 2013.

NES, R. B.; RØYSAMB, E. In: PLUESS, M. (Ed.). **Genetics of Psychological Well-Being**. Oxford: Oxford University, 2015. p. 75-96.

NEUGARTEN, B.; HAVIGHURST, R. J.; SHELDON, S. T. The measurement of life satisfaction. **Journal of Gerontology**, Washington, v. 16, n. 2, p. 134-143, Apr. 1961.

NG, S. T.; TEY, N. P.; ASADULLAH, M. N. What matters or life satisfaction among the oldest-old? Evidence from China. **PLoS One**, San Francisco, v. 10, n. 2, p. e0171799, Feb. 2017.

NI, M.; MOONEY, K.; SIGNORELI, J. Controlled pilot study of the effects of power yoga in Parkinson's disease. **Complementary Therapies in Medicine**, Edinburgh, v. 25, p. 126-131, Apr. 2016.

NORONHA, P. A. Aspectos biológicos do envelhecimento e sua repercussão na prática clínica. In: KAUFMAN, F. G. (Org.). **Novo velho: envelhecimento, olhares e perspectivas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012. p. 69-79.

NUNES, J. D. et al. Functional disability indicators and associated factors in the elderly: a population-based study in Bagé, Rio Grande do Sul, Brasil. **Epidemiologia, Serviço e Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 295-304, abr./jun. 2017.

NUNES, J. D. et al. Idosos longevos: avaliação da qualidade de vida no domínio da espiritualidade, da religiosidade e de crenças pessoais. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 41, n. 115, out./dez. 2017.

OH, S. et al. Comparison of the effects of water- and land-based exercises on the physical function and quality of life in community-dwelling elderly people with history of falling: A single blind randomized controlled trial. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Amsterdam, v. 60, n. 2, p. 288-293, Mar./Apr. 2015.

OISHI, S. **The psychological wealth of nations: Do happy people make a happy society?** Malden, MA: Wiley-Blackwell, 2012.

OISHI, S.; KESEBIR, S., DIENER, E. Income inequality and happiness. **Psychological Science**, New York, v. 22, n. 9, p. 1095-1100, Sept. 2011.

OLIVEIRA, B. L. C. A.; THOMAZ, E. B. A. F.; SILVA, R. A. Associação da cor/raça aos indicadores de saúde para idosos no Brasil: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2008). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1-15, jul. 2014.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**, 1946.

OMS. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2018.

OMS. **Global Recommendations on Physical Activity for Health – 65 years and above**. Geneva: World Health Organization, 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

OMS. **Guia Global: cidade amiga do idoso**. Suíça: OMS, 2008. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43755/9789899556867\\_por.pdf?sequence=30](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43755/9789899556867_por.pdf?sequence=30)>. Acesso em: 23 jun. 2018.

OMS. **WHOQOL-Bref**: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment (Field trial version). Geneva: WHO, 1996. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf)>. Acesso em: 24 jan. 2019.

OMS. **WHOQOL-Old: Manual**. Brasil: OMS, 2004. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/WHOQOLOLD%20Manual%20Portugues.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2019..

OMS. **World health statistics 2017**: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255336/9789241565486-eng.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 30 jun. 2018

OMS. Organização Mundial da Saúde. **World report on ageing and health**. Geneva: World Health Organization, 2015. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811\\_eng.pdf;jsessionid=8EF0F93C2887F9FCBE96BF208D6983D8?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=8EF0F93C2887F9FCBE96BF208D6983D8?sequence=1)>. Acesso em: 30 jun. 2018.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Assembleia Mundial sobre envelhecimento**: Resolução 39/125. Viena: ONU, 1982.

ONU. **Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects**: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP/248, 2017.

ORDONEZ, T. N.; YASSUDA, M. S.; CACHIONI, M. Elderly online: effects of a digital inclusion program in cognitive performance. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Amsterdam, v. 53, n. 2, p. 216-219, Sept./Oct. 2011.

ORFILA, F. et al. Gender difference in health-related quality of life among the elderly: the role of objective functional capacity and chronic conditions. **Social Science and Medicine**, New York, v. 63, n. 9, p. 2367-2380, Nov. 2006.

OXTOBY, K. Preventing falls in older people. **British Journal of Community Nursing**, London, v. 22, n. 1, p. 683, Jan. 2017.

PAIVA, M. H. P. et al. Fatores associados à qualidade de vida de idosos comunitários da macrorregião do Triângulo do Sul, Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3347-3356, jan. 2016.

PAOLINI K. S. Desafio da inclusão do idoso no mercado de trabalho. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 14, n. 2, p.177-82, fev. 2016.

PAPALIA, D. E.; FIELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 3-13.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 79-86.

PATERSON, D. H.; WARBURTON, D. E. Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. **International Journal Behavioral Nutrition and Physical Activity**, London, v. 7, n. 1, p. 38, May, 2010.

PATIL, R. et al. Effects of a Multimodal Exercise Program on Physical Function, Falls, and Injuries in Older Women: A 2-Year Community-Based, Randomized Controlled Trial. **Journal of American Geriatrics Society**, New York, v. 63, p. 1306-1313, July, 2015.

PAULA, F. L. **Envelhecimento e quedas de idosos**. Rio de Janeiro: Apicuri, 2010.

PAVOT, W.; DIENER, E. Review of the Satisfaction with Life Scale. In: DIENER, E. (Ed.). **The science of well-being: The collected works of Ed. Diener**. New York, NY, US: Springer Science + Business Media, 2009. p. 101-117. v. 37.

PEDERSEN, B. K.; SALTIN, B. Exercise as medicine-evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases, **Scandinavian Journal of medicine and Science in Sports**, Copenhagen, v. 25, n. 3, p. 1-72, Dec. 2015.

PEDERSEN, M. T. et al. Effect of team sports and resistance training on physical function, quality of life, and motivation in older adults. **Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports**, Copenhagen, v. 27, n. 8, p. 852-854, Feb. 2017.

PEDRÃO, R. A. A. Idosos e os órgãos de sentido. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 183-194.

PEDRAZA, D. F. et al. Acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva de idosos. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 923-933, mar. 2018.

PELLISÉ et al. Impact on health related quality of life in adult spinal deformity (ASD) compared with other chronic conditions. **European Spine Journal**, Heidelberg, v. 24, n. 1, p. 3-11, Jan. 2015.

PERALES, F.; POZO-CRUZ, J.; POZO-CRUZ, B. Impact of physical activity on psychological distress: A prospective analysis of an Australian National Sample. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 104, n. 12, p. 91-97, 2014.

PEREIRA, A. A.; BORIM, F. S. A.; NERI, A. L. Risco de morte em idosos com base no fenótipo e no índice fragilidade: estudo de revisão. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 273-285, abr. 2017.

PEREIRA, D. S.; NOGUEIRA, J. A. D.; SILVA, C. A. B. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 893-908, dez. 2015.

PEREIRA, M. G.; RONCON, J. Relacionamento familiar em pessoas idosas: adaptação do Índice de Relações Familiares (IFR). **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 11, n. 1, p. 41-53, jan. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862010000100004](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862010000100004)>. Acesso em: 15 dez. 2018.

PEREIRA, R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 27-38, jan./abr. 2006.

PEREIRA, S. R. M. Fisiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 139-150.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241-250, abr./jun. 2012.

PÉREZ-ROS, P. et al. A one-year proprioceptive exercise programme reduces the incidence of falls in community-dwelling elderly people: A before-after non-randomised intervention study. **Maturitas**, Limerick, v. 94, n. 1, p. 155-160, Dec. 2016.

PETERSEN, T.; CHRISTESEN, R.; JUHL, C. Predicting a clinically important outcome in patients with low back pain following McKenzie therapy or spinal manipulation: stratified analysis in a randomized controlled trial. **BMC Musculoskeletal Disorders**, London, v. 16, n. 1, p. 1-7, Apr. 2015.

PINHEIRO, N. C. G. et al. Desigualdade no perfil dos idosos institucionalizados na cidade de Natal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3399-3405, nov. 2016.

PINHEIRO, W. L.; COELHO FILHO, J. M. Perfil dos idosos usuários das academias ao ar livre para Terceira Idade. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 1, p. 93-101, jan./mar. 2017.

PINQUART, M.; SÖRENSEN, S. Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. **Basic and Applied Social Psychology**, London, v. 23, n. 4, p. 245-266, Dec. 2001.

PINTO, J. M.; FONTAINE, A. M.; NERI A. L. The influence of physical and mental health on life satisfaction is mediated by self-rated health: A study with Brazilian elderly. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Amsterdam, v. 65, p. 104-110, July/Aug. 2016.

PINTO, L. et al. Indicadores de saúde entre idosos ativos e insuficientemente ativos residentes em áreas rurais. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 48, n. 6, p. 580-588, abr. 2015.

PINTO, R. S; LUPI, R.; BRENTANO, M. A. Respostas metabólicas ao treinamento de força: uma ênfase no dispêndio energético. **Revista Brasileira de Cianthropometria & Desempenho Humano**, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 150-157, mar. 2011.

PITANGA, F. J. G. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, v. 10, n. 3, p. 49-54, jul. 2002. Disponível em: <<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/463/489>>. Acesso em: 24 jan. 2019.

PORCIÚNCULA, R. C. R. et al. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 315-325, 2014.

POST, M. W. M. Definitions of Quality of Life: What Has Happened and How to Move On. **Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation**, Williamsport, v. 20, n. 3, p. 167-180, Aug. 2014.

PRILLER, E.; SCHUPP, J. Social and economic characteristics of financial and blood donors in Germany. **DIW Economic Bulletin**, Berlin, v. 6, n. 6, p. 23-30, Dec. 2011. Disponível em: <[https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw\\_01.c.389647.de/diw\\_econ\\_bull\\_2011-06-4.pdf](https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.389647.de/diw_econ_bull_2011-06-4.pdf)>. Acesso em: 20 dez. 2018.

PRINCE, M. J. et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. **The lancet**, London, v. 385, n. 9967, p. 549-562, Feb. 2015.

PUVILL, T. et al. Impact of physical and mental health on life satisfaction in old age: a population based observational study. **BMC Geriatrics**, London, v. 16, n. 9, p. 194, Nov. 2016.

QUEROZ, N. C.; NERI, A. L. Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia-idade e na velhice. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 292-299, maio/ago. 2005.

RABELO, D. F.; NERI, A. L. Avaliação das relações familiares por idosos com diferentes condições sociodemográficas e de saúde. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 21, n. 3, p. 663-675, set./dez. 2016.

RACHADEL, T. F. et al. Institucionalização e atividade física em idosos e suas relações com medo de cair e qualidade de vida. **Revista Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 1-7, ago. 2015. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5657042>>. Acesso em: 5 ago. 2018.

RAMOS, J. L. C.; MEIRA, E. C.; MENEZES, M. R. Idosos sozinhos: razões para o envelhecer em domicílio unipessoal. **Memorialidades**, Ilhéus, v. 10, n.19, jan./jun. 2013.

READ, S.; GRUNDY, E.; FOVERSKOV, E. Socio-economic position and subjective health and well-being among older people in Europe: a systematic narrative review. **Aging & Mental Health**, Abingdon, v. 20, n. 5, p. 529-542, May, 2016. Disponível em: <<http://doi.org/10.1080/13607863.2015.1023766>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

REED, C.; COX, R. H. Motives and regulatory style underlying senior athletes' participation in sport. **Journal of Sport Behavior**, New York, v. 30, n. 3, p. 307-329, Sept. 2007.

REIS, L. A.; MENEZES, T. M. O. Religiosidade e espiritualidade nas estratégias de resiliência do idoso longevo no cotidiano. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 4, p. 761- 766, jul./ago. 2017.

RIBEIRO, C. C. P. et al. Permanência no mercado de trabalho e satisfação com a vida na velhice. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 23, n. 8, p. 2683-2692, ago. 2018.

RIBEIRO, C. G.; FERRETTI, F.; SA, C. A. Qualidade de vida em função do nível de atividade física em idosos urbanos e rurais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 330-339, maio, 2017.

RICHARD, E. et al. Personality and subjective well-being. In: DIENER, E. (Ed.). **The Science of Subjective Well-Being. The Collected Works of Ed Diener: Social Indicators Researchs Series**. New York, NY, US: Springer Science + Business Media, 2009. p. 75-102.

RODRIGUES, A. R. et al. Autonomia nas atividades de vida diária: Avaliação de idosos praticantes de exercícios físicos. **Kairós: Gerontologia**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 279-293, fev. 2016.

RÖCKE, C., BROSE, A. Intraindividual variability and stability of affect and well-being: Short-term and long-term change and stabilization processes. **GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry**, Bern, v. 26, n. 3, p. 185-199, Aug. 2013.

ROGERS, N. T. et al. Physical activity and trajectories of frailty among older adults: Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. **PLoS One**, San Francisco, v. 12, n. 2, p. e0170878, Feb. 2017.

ROSE, M. R. et al. What is Aging? **Frontiers in Genetics**, Lausanne, v. 3, n. 134, July, 2012. Disponível em: <<http://doi.org/10.3389/fgene.2012.00134>>. Acesso em: 16 jun. 2018.



ROSSI, E.; SADER, C.S. Envelhecimento do sistema osteoarticular. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1190-1198.

ROTTENBERG, Y.; JACOBS, J. M.; STESSMAN, J. Prevalence of pain with advancing age brief report. **JAMDA**, Hagerstown, v. 16, n. 3, p. 264.e1-5, Mar. 2015.

RUBIO, M. E.; WANDERLEY, K. S.; VENTURA, M. M. A viuvez: a representação da morte na visão masculina e feminina. **Kairós: Gerontologia**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 137-147, mar. 2011. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6932/5024>>. Acesso em: 25 jan. 2019.

RYAN, R. M.; DECI, E. L. A self-determination theory approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. **Canadian Psychology**, Winnipeg, v. 49, n. 3, p.186-193, June, 2008.

RYAN, R. M.; DECI, E. L. Intrinsic and extrinsic motivacion: classic definitions and new directions. **Contemporary Educational Psychology**, New York, v. 25, n. 1 p. 54057, Jan. 2000.

RYAN, R. M.; DECI, E. L. On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. **Annual Review Psychology**, Palo Alto, v. 52, p. 141-166, June, 2001.

RYFF, C. D.; SINGER, B. H. Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. **Journal of Happiness Studies**, Dordrecht, v. 9, n. 1, p. 13-39, Jan. 2008.

SAMULSKI, D. **Psicologia do esporte**. Barueri, SP: Manole. 2002.

SALES, M. P. R. et al. Novel dynamic exercise initiative for older people to improve health and well-being: Study protocol for a randomised controlled trial. **BMC Geriatrics**, London, v. 15, n. 1, p. 1-17, June, 2015.

SANTANA, M. A. S. et al. Sexualidade na Terceira Idade: compreensão e percepção do idoso, família e sociedade. **Revista Universidade Vale Rio Verde**, Três Corações, v. 12, n. 1, p. 317-326, jan./jul. 2014. Disponível em: <<http://revistas.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/1385>>. Acesso em: 24 jan. 2019.

SANTIN-MEDEIROS, F. et al. Effect of 8 months of whole-body vibration training on quality of life in elderly women. **Research in Sports Medicine**, Philadelphia, v. 25, n. 1, p. 101-107, Jan./Mar. 2017.

SANTOS, F. A. A. et al. Prevalência de dor crônica e sua associação com a situação sociodemográfica e a atividade física no lazer de idosos em Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 234-247, mar. 2015.

SANTOS, G. S.; CUNHA, I. C. K. O. Avaliação da qualidade de vida de mulheres idosas na comunidade. **Revista de Enfermagem Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 4, n. 1, p. 1135-45, maio, 2014.

SANTOS, M. D. et al. Falta de acessibilidade no transporte público e inadequação de calçadas: efeitos na participação social de pessoas idosas com limitações funcionais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 161-174, mar./abr. 2017.

SANTOS, S. S. C. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1035-1039, nov./dez. 2010.

SANTOS, K. A. S.; CENDOROGLO, M. S.; SANTOS, F. C. Transtorno de ansiedade em idosos com dor crônica: frequência e associações. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 91-98, fev. 2017.

SANTOS, F. S.; LIMA JÚNIOR, J. O idoso e o processo de envelhecimento: um estudo sobre a qualidade de vida na Terceira Idade. **Interface Saúde**, v. 8, n. 24, p. 1-22, nov. 2014.

SARAIVA, L. E. F. et al. Condições crônicas de saúde relacionadas à qualidade de vida de servidores federais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 35-41, jun. 2015.

SCHAIE, K.W. E WILLIS, S.L. Learning and memory: Acquiring and retaining information. In: SCHAIE, K. W.; WILLIS, S. L. (Eds). **Adult Development and Aging**. New York: Harper Collins Publishers, 1996. p.326-359.

SCHWINGEL, A. et al. Continued work employment and volunteerism and mental well-being of older adults: Singapore longitudinal ageing studies. **Age and Ageing**, London, v. 38, n. 5, p. 531-537, Sept. 2009.

SHIN, D. C.; JOHNSON, D. M. Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. **Social Indicators Research**, New York, v. 5, n. 1-4, p. 475-492, 1978. Disponível em: <<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2FBF00352944.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2019.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, 2008. Doi: 10.1590/S0103-166X2008000400013.

SCORSOLINI-COMIN, F. et al. Fatores associados ao Bem-Estar Subjetivo em pessoas casadas e solteiras. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 33, n. 2, p. 313-324, abr./jun. 2016.

SEGERSTROM, S. C. et al. The Happy Survivor? Effects of Differential Mortality on Life Satisfaction in Older Age. **Psychology and Aging**, Arlington, v. 31, n. 4, p. 340-345, June, 2016.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar./abr. 2004.

SHELDON, K. M.; LYUBOMIRSKY, S. The challenge of staying happier: Testing the Hedonic Adaptation Prevention model. **Personality and Social Psychology Bulletin**, Beverly Hills, v. 38, n. 5, p. 670-680, May, 2012.

SHEPHARD, R. J. **Envelhecimento, atividade física e saúde**. São Paulo: Phorte, 2003.

SHERRINGTON, C. et al. Exercise to prevent falls in older adults: na updated system review and meta-analysis. **British Journal of Sports Medicine**, Loughborough, v. 51, n. 24, p. 1750-1758, Dec. 2017.

SHIH, C.; CHUANG, C. Individual differences, psychological contract breach, and organizational citizenship behavior: A moderated mediation study. **Asia Pacific Journal of Management**, Tokyo, v. 30, n. 1, p. 191-210, Mar. 2013.

SIEDLECKI, K. L. et al. The Relationship Between Social Support and Subjective Well-Being Across Age. **Social Indicators Research**, New York, v. 117, n. 2, p. 561-576, June, 2014.

SILVA, A. N. et al. Fatores motivacionais relacionados à prática de atividade física em idosos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 21, n. 4, p. 677-685, out./dez. 2016.

SILVA, L. S. V. et al. Relações entre queixas de memória, sintomas depressivos e desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 67-71, ago. 2014.

SILVA, I. T.; PINTO JÚNIOR, E. P.; VILELA, A. B. A. Autopercepção de saúde de idosos que vivem em estado de coresidência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 275-287, jun. 2014.

SILVA, N. A.; PEDRAZA, D. F.; MENEZES, T. N. Desempenho funcional e sua associação com variáveis antropométricas e de composição corporal em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3723-3732, dez. 2015.

SILLANPÄÄ, E. et al. Combined strength and endurance training improves health-related quality of life in healthy middle-aged and older adults. **International Journal of Sports and Medicine**, Stuttgart, v. 33, n. 12, p. 981-986, Dec. 2012.

SOLBERG, P. A. et al. A 1-year follow-up on effects of exercise programs on well-being in older adults. **Journal of Aging and Physical Activity**, New York, v. 22, n. 1, p. 52-64, Jan. 2014.

SOUSA, F. J. D.; GONCALVES, L. H. T.; GAMBA, M. A.. Capacidade funcional de idosos atendidos pelo programa saúde da família em Benevides, Brasil. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga, v. 9, n. 2, p. 2135-2144, ago. 2018.

SOUSA, L.; LYUBOMIRSKY, S. Life satisfaction. In: WORELI, J. (Ed.). **Encyclopedia of women and gender: Sex similarities and differences and the impact of society on gender**. San Diego, CA: Academic Press, 2001. p. 667-676. v. 2.

SOUZA, A. M. R.; FILLENBAUM, G. G.; BLAY, S. L. Prevalence and correlates of physical inactivity among older adults in Rio Grande do Sul, Brazil. **PLoS One**, San Francisco, v. 10, n. 2, e0117060, Feb. 2015.

SOUZA, L. N. N.; CARVALHO, P. H. B.; FERREIRA, M. E. C. Quality of life and subjective well-being of physically active elderly people: a systematic review. **Journal of Physical Education and Sport**, Romania, v.18, n. 1, p. 1615-1623, Sept. 2018.

SOUZA, N. L. S. A.; ARAÚJO, C. L. O. Marco do envelhecimento feminino, a menopausa: sua vivência, em uma revisão de literatura. **Kairós: Gerontologia**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 149-165, abr./jun. 2015.

SOUZA, P. Y. et al. A qualidade e vida com obesidade ou sobrepeso. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 22, n. 2, p. 155-164, jan. 2018.

SOWLE, A. et al. Utility of the living (well through) intergenerational fitness and exercise program as a county-delivered extension program. **Food Science and Human Nutrition**, Iowa, v. 54, n. 4, p. 1-15 Aug. 2016.

SRIVASTAVA, K.; DAS, R. C. Personality and health: Road to well-being. **Industrial Psychiatry Journal**, Pune, v. 24, n. 1, p. 1-4, Jan./June, 2015.

STAIANO, A. E. et al. Uncovering physiological mechanisms for health disparities in diabetes. **Ethnicity & Disease**, Atlanta, v. 25, n. 1, p. 31-37, Oct. 2015.

STANDAGE, M.; SEBIRE, S. J.; LONEY, T. Does exercise motivation predict engagement in objective assessed bouts of moderate-intensity exercise? A self-determination theory perspective. **Journal of Sport and Exercise Psychology**, Washington, v. 30, n. 4, p. 337-352, Aug. 2008.

STEEL, P.; SCHMIDT, J.; SHULTZ, J. Refining the Relationship Between Personality and Subjective Well-Being. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 134, n. 1, p. 138-161, Jan. 2008.

STENHOLM, S.; VAHTERA, J. Does retirement benefit health? **Preventive Medicine**, New York, v. 100, n. 1, p. 294-295, July, 2017.

STENHOLM, S. et al. Changes in physical activity during transition to retirement: a cohort study. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, London, v. 13, n. 51, p. 1-8, Apr. 2016.

STENSLAND M. L.; SANDERS, S. Not so Golden after all: The complexities of chronic low back pain in older adulthood. **The Gerontologist**, Oxford, v. 58, n. 5, p. 923-931, Oct. 2018.

STEPTOE, A.; DEATON, A.; STONE, A. A. Subjective Wellbeing, Health, and Ageing. **The Lancet**, London, v. 385, n. 9968, p. 640-648, Feb. 2015.

STONE, A. A. et al. A snapshot of the age distribution of psychological well-being in the United States. **PNAS**, Washington, v. 107, n. 22, p. 9985-9990, June, 2010.

STIVAL, M. M.; LIMA, L. R.; KARNIKOWSKI, M. G. O. Relações hipotéticas entre os determinantes sociais da saúde que influenciam na obesidade em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 433-442, abr./jun. 2015.

STIVAL, M. M. et al. Fatores associados à qualidade de vida de idosos que frequentam uma unidade de saúde do Distrito Federal. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 395-405, 2014.

STRAND, K. A. et al. Community-Based Exergaming Program Increases Physical Activity and Perceived Wellness in Older Adults. **Journal of Aging and Physical Activity**, New York, v. 22, n. 3, p. 364-371, July, 2014.

SUH, E.; DIENER E.; FUJITA, F. Events and subjective well-being: only recent events matter. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 70, n. 5, p. 1091-1102, May, 1996.

SUH, E. M.; DIENER, E.; UPDEGRAFF, J. A. From culture to priming conditions-Self-construal influences on life satisfaction judgments. **Journal of Cross-Cultural Psychology**, New York, v. 39, p. 3-15, Jan. 2008.

SULANDER, T.; POHJOLAINEN, P.; KARVINEN, E. Self-rated health (SRH) and socioeconomic position (SEP) among urban home-dwelling older adults. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Amsterdam, v. 54, n. 1, p. 117-120, Jan./Feb. 2012.

TAGUCHI, C. K. et al. Quality of Life and Gait in Elderly Group. **International Archives of Otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 235-240, July, 2016.

TAVARES, D. M. S.; DIAS, F. A. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 112-120, jan./mar. 2012.

TAY, L; DIENER, E. Needs and subjective well-being. **Journal of Personality and Social Psycholog**, Washington, v. 101, n. 2, p. 354-365, Aug. 2011.

TAY, L. et al. Demographic factors and worker well-being: An empirical review using representative data from the United States and across the world. **Research in Occupational Stress and Well-Being**, Bingley, v. 12, n. 1, p. 235-283, June, 2014.

TECCHIO, J. M.; GESSINGER, C. Funcionalidade dos membros superiores e inferiores e Índice de Massa Corporal em idosos fisicamente ativos. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 30, n. 1, p. 45-54, nov. 2017.

TENNEY, E. R.; POOLE, J. M.; DIENER, E. Does positivity enhance work performance? Why, when, and what we don't know. **Research Organizational Behavior**, New York, v. 36, p. 27-46, Nov. 2016.

TESCH-RÖMER; C.; MOTEL-KLINGEBIEL, A.; TOMASIK; M. Gender differences in subjective well-being: Comparing societies with respect to gender equality. **Social Indicators Research**, New York, v. 85, n. 2, p. 329-349, Jan. 2008.

TESTON, E. F.; MARCON, S. S. A constituição de domicílios unipessoais em condomínios específicos para idosos. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 610-614, set./out. 2014.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K. SILVERMAN, S. J. **Métodos de pesquisa em atividade física**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

TIMIRAS, M. L. The Skin. In: TIMIRAS, P. S. (Ed.). **Physiological Basis of Aging and Geriatrics**. 4. ed. New York: Informa Healthcare, 2007. p. 345-353.

TIRAPHAT, S. et al. The Role of Age-Friendly Environments on Quality of Life among Thai Older Adults. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 14, n. 9, p. 282, Mar. 2017.

TORRES E.M. **A viuvez na vida dos idosos**. 2006. 160 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador. Disponível em: <[https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/12511/1/DISSER\\_PGEMF\\_188\\_ELIS%C3%82NGELA.pdf](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/12511/1/DISSER_PGEMF_188_ELIS%C3%82NGELA.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2019.

UCHÔA, Y. S. et al. A sexualidade sob o olhar da pessoa idosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 939-949, nov./dez. 2016.

ULLOA, B.; MOLLER, V.; SOUSA-POZA, A. How does subjective well-being evolve with age?: A literature review. **Journal of Population Ageing**, Oxford, v. 6, n. 3, p. 227-246, Apr. 2013.

VAGETTI, G. C. et al. Domínios da qualidade de vida associados à percepção de saúde: um estudo com idosos de um programa de atividade física em bairros de baixa renda de Curitiba, Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3483-3493, dez. 2013.

VAN LANDEGHEM, B. A test for the convexity of human well-being over the life cycle: Longitudinal evidence from a 20-year panel. **Journal of Economic Behavior & Organization**, New York, v. 81, n. 2, p. 571-582, Feb. 2012.

VOLPE, D. et al. A comparison of Irish set dancing and exercises for people with Parkinson's disease: A phase II feasibility study. **BMC Geriatrics**, London, v. 13, n. 54, p. 1-6, June, 2013.

VIDMAR, M. F. et al. Atividade física e qualidade de vida em idosos. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 4, n. 3, p. 417-424, set. /dez. 2011.

- WACHHOLZ, P. A.; RODRIGUES, S. C.; YAMANE, R. Estado nutricional e a qualidade de vida em homens idosos vivendo em instituição de longa permanência em Curitiba, PR. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 625-635, 2011.
- WANG, C.; CHAN, C. L. W.; CHI, I. Overview of quality of life research in older people with visual impairment. **Advances in Aging Research**, New York, v. 3 n. 2, p. 79-94, May, 2014.
- WARE, J. E. J.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item short form health survey (SF-36). **Medical Care**, West Chester, v. 30, n. 6, p. 473-483, Jun. 1992.
- WATHIER, J. L.; GIACOMONI, C. H.; DELL'AGLIO, D. D. Eventos de vida e estratégias de *coping* de idosos socialmente ativos. **Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 35-52, 2007. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/4978/2847>>. Acesso em: 17 jun. 2019.
- WATSON, D.; CLARK, L. A.; TELLEGEN, A. Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 54, n. 6, p. 1063-1070, June, 1988.
- WETTSTEIN, M. et al. Four-year stability, change, and multidirectionality of well-being in very-old age. **Psychology and Aging**, Arlington, v. 30, n. 3, p. 500-516, Sept. 2015.
- WETTSTEIN, M.; SCHILLING, O. K.; WAHL, H. W. "Still feeling healthy after all these years": The paradox of subjective stability versus objective decline in very old adults' health and functioning across five years. **Psychology and Aging**, Arlington, v. 31, n. 8, p. 815-830, Jan. 2016.
- WILCOX, S. Determinants of leisure time physical activity in rural compared with urban older and ethnically diverse women in the United States. **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, v. 54, n. 9, p. 667-672, Sept. 2000.
- WILLEY, J. S. Risedronate prevents early radiation-induced osteoporosis in mice at multiple skeletal locations. **Bone**, New York, v. 46, n. 1, p. 101-111, Jan. 2010.
- WILLIS, R. et al. Satisfaction with social care services among South Asian and White British older people: the need to understand the system. **Ageing & Society**, Cambridge, v. 36, n. 7, p. 1364-1387, Aug. 2016.
- WINTERS-STONE, K. M. et al. Resistance training reduces disability in prostate cancer survivors on androgen deprivation therapy: evidence from a randomized controlled trial. **Journal of Cancer Survivorship**, Berlin, v. 10, n. 4, p. 633-644, Jan. 2016.

WITHALL, J. et al. Objective Indicators of Physical Activity and Sedentary Time and Associations with Subjective Well-Being in Adults Aged 70 and Over. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 11, v.1, p. 643-656, Jan. 2014.

WOOD-DAUPHINEE, S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? **Journal of Clinical Epidemiology**, Oxford, v. 52, n. 4, p. 355-363, Apr. 1999.

WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, New York, v. 10, n. 41, p. 1403-1409, Nov. 1995.

YASSUDA, M. S. et al. Memória e envelhecimento: aspectos cognitivos e biológicos. In: FREITAS, E. V.; PY. L. (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 2046-2283.

ZEBHAUSER, A. et al. How much does it hurt to be lonely? Mental and physical differences between older men and women in the KORA-Age study. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, Chichester, v. 29, n. 3, p. 245-252, Mar. 2014.

ZHANG, J. P. A study on the subjective well-being and its influential factors in chronically ill inpatients in Changsha, China. **Applied Nursing Research**, Philadelphia, v. 22, n. 4, p. 250-257, Jan. 2009.

ZUCKERMAN, M.; LI, C.; DIENER, E. F. Societal Conditions and the Gender Difference in Well-Being: Testing a Three-Stage Model. **Personality and Social Psychology Bulletin**, Beverly Hills, v. 43, n. 3, p. 329-336, Mar. 2017.



## APÊNDICE I

### ARTIGO PUBLICADO NO *JOURNAL OF PHYSICAL EDUCATION AND SPORTS* – REVISTA B1 PARA A EDUCAÇÃO FÍSICA

#### Quality of Life and Subjective Well-being of Physically Active Elderly People: a Systematic Review

LÍDIA NUNES NÓRA DE SOUZA<sup>1</sup>, PEDRO HENRIQUE BERBERT DE CARVALHO<sup>2</sup>, MARIA ELISA CAPUTO FERREIRA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Physical Education Department, Federal University of Juiz de Fora, BRAZIL

<sup>2</sup>Life Science Institute, Physical Education Department, Federal University of Juiz de Fora – Campus Governador Valadares, BRAZIL

Corresponding Author LÍDIA NUNES NÓRA DE SOUZA, email address: [lidy\\_liths@hotmail.com](mailto:lidy_liths@hotmail.com)

#### Abstract:

As the life expectancy of the world population increases, debates about the aging process also spark off. However, studies that focus on the role of physical exercises on the quality of life and on the subjective well-being of older seniors are still lacking. The reason may be because most of these individuals get to this stage without any being able to practice physical exercises. As a result, a systematic review of the literature was performed in order to identify and analyze the effects of the practice of physical exercises on the quality of life and on the subjective well-being of older seniors. It was also intended to verify the most common measurement instruments that evaluate these constructs, as well as the set of variables that are associated with them. The search was performed in databases such as PubMed, Scopus and BVS, during 2012 and 2017, by using descriptive terms like “quality of life,” “subjective well-being,” “aged,” “aged 80 and over,” “exercise,” and “physical activity.” There were found 7,324 studies, out of which 22 randomized controlled clinical trials were chosen for investigation. Consistently, these studies indicate positive results of the practice of physical exercises on the variables of interest. Most of the studies evaluated the quality of life through a measurement instrument, The Medical Outcomes Study 36-item short-form health survey (SF-36) being the most frequent. Among the results that investigate subjective well-being, only one of them uses a specific instrument, the 5-Item Satisfaction with Life Scale. Among the variables that can impact on the quality of life and the subjective well-being of older seniors, sex, age, and the risk of falling stand out. Furthermore, scientific gaps were identified and discussed. Further studies should focus on homogeneous samples to evaluate the quality of life and the well-being of the older seniors.

**Keywords:** Quality of life, subjective well-being, aged, exercise, physical activity.

#### Introduction

Aging is a constant, natural and inevitable process in living creatures’ lives, characterized by biopsychosocial and cultural changes that are affected by intrinsic factors such as genetics and by extrinsic factors such as acquired experiences and the environment (World Health Organization [WHO], 2010). Therefore, the aging process can be categorized according to the functional aspects (Shephard, 2003), described as: a) old age: identified by the larger loss of function between 65 and 75 years old; b) advanced old age: between 75 and 85 years old, described as moderate aging when substantial changes are identified when performing daily tasks; and, finally, c) very advanced old age: this category includes seniors aged 85 years old and older who require special institutionalized and/or nursing care.

Taking into account the increase of life expectancy, researchers have been interested in studying the quality of life of the third age range, focusing on preserving and promoting the health and the well-being of this portion of the population so that they have a healthy aging (Fisken et al., 2015; Rachadel et al., 2015; Santin-Medeiros et al., 2017). According to the World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL, 1995), quality of life is the perception of individuals about their position in life combined with their sociocultural context and their objectives, expectancies, standards and concerns. Many authors evaluate the quality of life in seniors and they all agree that, as years pass by, the quality of life is affected due to the changes that occur during the aging process (Fisken et al., 2015; Rachadel et al., 2015; Santin-Medeiros et al., 2017). It is believed that a better quality of life is closely associated with a subjective well-being that, according to Diener, Oishi and Lucas (2003), is related to one’s evaluation of one’s own experiences with positive affections of happiness, joy, and life satisfaction. As a result, a successful advance age follows from a quality of life and well-being that must be built upon and stimulated during all the other previous stages of development.

Preserving an active lifestyle is widely recognized as a beneficial factor during aging, and it promotes a better quality of life and a feeling of well-being, in different age groups, in multiple aspects. The physical and

psychological benefits of an active lifestyle are well recognized (Camões et al., 2016). In other words, being physically active helps reduce psychosocial and health issues and is also an important prevention tool, especially for heart disease, diabetes and obesity. Furthermore, being physically active improves life expectancy and soothes and postpones debilitating conditions of aging.

Nevertheless, when analyzing the literature of the field, there is a prevalence of studies that restrict their sample to “seniors,” whereas they actually investigate the aging process or limit themselves to the analysis of the quality of life and subjective well-being in general, that is to say, without taking into account the stages of aging (Haraldast et al., 2017; Rachadel et al., 2015; Sales et al., 2015). As a result, considering that regular physical activity has many benefits during senescence — among them, a better quality of life — and that these benefits impact on the way every person evaluates their lives in a positive way — subjective well-being, especially for elderly people — there are still gaps in the knowledge of this field. One of the gaps consists of the low scientific production for the population of older seniors, when compared to the production that includes younger seniors (between 65 and 75 years old). Therefore, there is the need to collect and identify studies that discuss this theme in order to increase understanding by investigating populations over 75 years old.

The objective of this study is to identify and analyze, through a systematic review, studies that evaluated the effects of physical exercises on the quality of life and on the subjective well-being of older seniors. An additional aim is to identify the measurement instruments used to evaluate the quality of life and subjective well-being in these studies. Finally, the findings of these studies are discussed, emphasizing the variables that are associated with these two constructs.

### Material & methods

A systematic literature review was performed, following the PRISMA methodology (Moher et al., 2009), through an electronic search of studies as indexed articles on three databases (PubMed, Scopus, and the Virtual Health Library [Biblioteca Virtual em Saúde - BVS]). In order to encompass a significant amount of scientific production, it was chosen to combine the different terms indexed in the thesaurus Health Science Descriptors (Descritores de Ciências em Saúde - DeCS) and/or on the Medical Subject Headings (MeSH) of PubMed, such as “quality of life,” “subjective well-being,” “aged,” “aged 80 and over,” “exercise,” and “physical activity”. Only one search was performed on each database by using the following description: “quality of life OR subjective well-being AND aged OR aged 80 and over AND exercise OR physical activity”.

Regarding the filters, it was chosen to restrict the section “article types” into “journal articles”. For “publication dates”, the year interval was between 2012 and 2017. One document per database was created from the searches performed, containing the titles and the abstracts of all the references that were found. The first stage of the exclusion criteria was the identification and deletion of duplicate articles. The other exclusion criteria were: (a) unavailable abstracts; (b) articles that did not seem encompass directly the subjects of study of this research; (c) non-use of instruments of psychometric measurement of quality of life or subjective well-being; (d) studies that did not encompass physical exercise; (e) samples including people who are disabled; (f) samples that only included institutionalized seniors; (g) articles that did not have seniors aged 75 and over; and (h) articles that were not considered covering controlled and randomized clinical trials. All these stages were performed by two researchers independently. Any possible divergence regarding the inclusion or the exclusion of articles was resolved by a third researcher.

All the articles were read in detail and their information was compiled and organized in the following way: 1) reference (year), 2) country of publication, 3) sample characteristics, 4) physical exercise or stipulated protocol of exercise, 5) measures of quality of life or subjective well-being, and 6) variables associated with quality of life or subjective well-being. Later on, the analysis and the interpretation of the results was performed, organizing them into three categories: (1) The relation of physical exercise on the quality of life and on the subjective well-being of older seniors; (2) the evaluative instruments for the quality of life and for the subjective well-being of older seniors; and (3) the variables associated with the quality of life and the subjective well-being of older seniors.

### Results

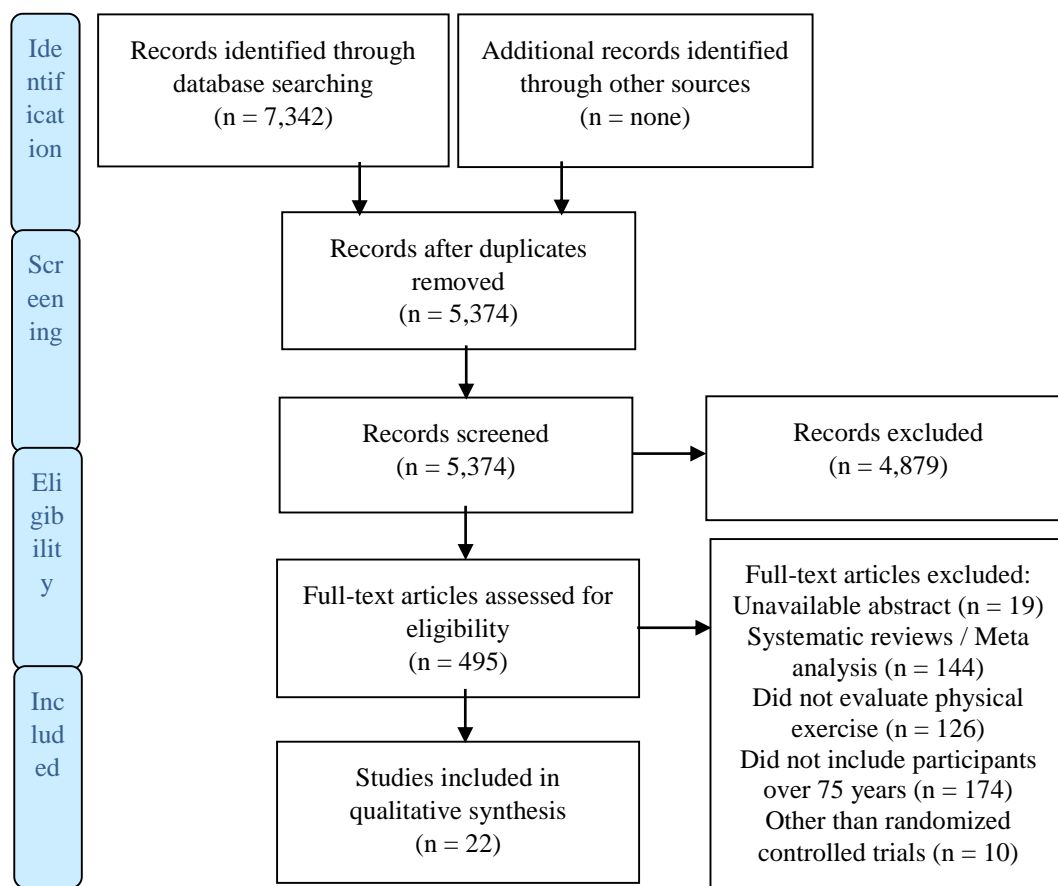
In total, following the search methodology that was proposed 7,324 studies were found. Table 1 presents the number of articles that were identified on each database from the combination of keywords:

**Table 1.** Number of articles found in each database.

Search	Scopus	PubMed	BVS	Total
“quality of life” OR “subject well-being” AND “aged” OR “aged, 80 and over” AND “exercise” OR “physical activity”	3,543	3,395	386	7,324

Source: Table created by the authors. (2018)

Despite the high number of publications that were initially found, after the adoption of the exclusion criteria, only 22 articles satisfied all of them and were included in the analysis (Figure 1).



**Figure 1.** Authors' elaboration following PRISMA methodology.

Among the analyzed studies, there was a great diversity of physical exercises that are practiced by elderly people: yoga (Ni, Mooney, & Signoreli, 2016), tai chi chuan (Wayne et al., 2013), walking (Émile et al., 2014; Horder et al., 2013), whole-body vibration training (Santin-Medeiros et al., 2017), strength training (Haraldstad et al., 2017), resistance training (Solberg, et al., 2014), aerobic training (Brovold, Skelton, & Bergland, 2013), mixed/combined exercises (Gudlaugsson et al., 2012; Grubbs et al., 2016; Napoli et al., 2014; Sillanpää et al., 2014), exercise with animals (Grubbs et al., 2016), aqua exercise (Fisken et al., 2015; Oh et al., 2015), and home exercise (Brovold, Skelton, & Bergland, 2013; El-khoury et al., 2015), with emphasis on resistance training and mixed/combined exercises (Table 2).

**Table 2.** Description of the studies included in the systematic review.

Reference (year)	Country	Sample	Physical exercise or stipulated protocol of exercise	Measures of quality of life or subjective well-being	Associated variables
Gudlaugsson et al. (2012)	Iceland	♂ = 54 ♀ = 63 Range: 71-90 years	6 months Endurance (daily) and Strength training (twice a week)	Icelandic Quality of Life Questionnaire	Type of training Exercise duration
Sillanpää et al. (2012)	Finland	♂ = 108 ♀ = 96 Range: 39-77 years	21 weeks Strength training (twice a week) or Endurance (twice a week) Endurance and Strength training (four times a week)	RAND-36	Type of training VO <sub>2max</sub>
Brovold et al. (2013)	United Kingdom	♂ = 70 ♀ = 45 Range: 70-92 years	3 months High-intensity aerobic exercise (three times a week) or Home exercise (three times a week)	SF-36	Exercise duration
Wanderley et al. (2013)	Portugal	♂ = 25 ♀ = 49 Range: over 60 years	8 months Resistance training (three times a week) or Aerobic training (three times a week)	SF-36	Exercise duration Functional capacity Type of exercise
Wayne et al. (2013)	United States of America	♂ + ♀ = 60 Range: 50-79 years	6 months Tai Chi Chuan (twice a week)	SF-36	Exercise duration
Napoli et al. (2014)	Italy	♂ = 40 ♀ = 67 Range: over 65 years	52 weeks (three times a week) Flexibility and Aerobic training and Resistance training or Diet and Flexibility and Aerobic training and Resistance training	IWQOL	Eating habits Exercise training Weight loss
Solberg et al. (2014)	New Zealand	♂ = 32 ♀ = 67 Range: over 70 years	4 months (three times a week) Resistance training, Functional training, or Strength training	5-Item Satisfaction with Life Scale	Exercise Intrinsic motivation Resistance training
Émile et al. (2014)	France	♀ = 52 Range: 67-97 years	3 months Walking (twice a week)	WHOQOL-26	Type of exercise Sex

					Type of measures
Fisken et al. (2015)	New Zealand	♂ = 2 ♀ = 33 Range: over 60 years	12 weeks Aqua Fitness Program (twice a week) or Hydrotherapy (once a week)	AIMS2-SF	Social interaction Aqua exercises Falls risk
El-Khoury et al. (2015)	France	♀ = 706 Range: 75-85 years	2 years <i>Ossébo</i> exercise/ Group training (once a week) (Proprioception, Strength training, Joint mobilization, Balance) and Home exercise (Balance - once a week)	SF-36	Sex Type of exercise/program Falls risk
Iliffe et al. (2015)	England	♂ = 472 ♀ = 782 Range: 65-94 years	24 months <i>Otago</i> strength training (three times a week) and Falls Management Exercise (Resistance training plus Balance) (three times a week) or Usual care	OPQOL EQ-5D SF-12	Physical activity level Falls risk
Trabal et al. (2015)	Spain	♂ = 8 ♀ = 16 Range: over 70 years	12 weeks Resistance training (three times a week) or Balance (once a week)	SF-36	Food supplementation Type of exercise
Mendoza-Ruvalcaba & Arias-Merino (2015)	Mexico	♂ = 7 ♀ = 57 Range: over 60 years	2 months (twice a week) "I am Active" (Strength training, balance and mobility)	Quality of Life Index	Type of exercise
Oh et al. (2015)	Korea	♀ + ♂ = 80 Range: over 65 years	10 weeks (3 times a week) Water exercises or Floor exercises	SF-36	Aqua exercise Falls risk
Sales et al. (2015)	Australia	♀ + ♂ = 120 Range: 60-90 years	18 weeks (twice a week) Mixed exercises (Strength training, balance, motor coordination and flexibility)	SF-12	Social interaction Type of exercise
Winters-Stone et al. (2015)	United States of America	♀ + ♂ = 32 couples Range: over 65 years	6 months (twice a week) Mixed exercises (Strength, balance, resistance and aerobic training)	SF-36	Exercise duration Exercises with the spouse Regularity
Dohrn et al. (2016)	Sweden	♂ = 2 ♀ = 92	7 days of exclusive or simultaneous use of	SF-36	Physical activity level

		Range: 66-86 years	pedometer and/or accelerometer		Number of steps per day
Grubbs et al. (2016)	United States of America	♂ = 3 ♀ = 9 Range: over 65 years	6 weeks (three times a week)  Exercises with dogs and Exercise (Strength training and balance) or Exercise (Strength training and balance)	WHOQOL-bref	Age  Exercise with animals  Exercise duration
Ni et al. (2016)	United States of America	♂ = 17 ♀ = 10 Range: 60-90 years	12 weeks  Yoga (twice a week)	PDQ-39	Yoga  Exercise duration  Muscle strength
Santin-Medeiros et al. (2017)	Spain	♀ = 37 Range: 71-93 years	8 months  Whole-body vibration training (twice a week)	SF-36	Exercise duration per week  Exercise intensity and total duration
Haraldstad et al. (2017)	Norway	♂ = 49 Range: 60-81 years	12 weeks  Strength training (three times a week)	SF-12	Muscle mass  Muscle strength  Exercise duration
Morisawa et al. (2017)	Japan	♂ = 12 ♀ = 35 Range: 65-82 years	6 months  Health Japan 21 Program (daily)	MOS-36	Physical activity level

Note: ♂= men; ♀= women; AIMS2-SF = Arthritis Impact Measurement Scale 2-Short Form; EQ-5D = EuroQol Five-Dimensions Questionnaires; IWQOL = Impact of Weight on Quality of Life-Lite; MOS-36 = 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36v2); OPQOL = Older People's Quality of Life Questionnaire; PDQ-39 = Parkinson's Disease Questionnaire-39 item; RAND-36 = RAND 36-Item Health Survey ; SF-12 = Medical Outcomes Study Short Form 12-Item Health Survey; SF-36 = Medical Outcomes Study Short Form 12-Item Health Survey; WHOQOL-bref = World Health Organization Quality of Life-bref; WHOQOL-26 = World Health Organization Quality of Life.

## Discussion

The aging process and the elderly population need attention from all health care professionals, since this population has increased considerably over the last few years. Due general improvement in living conditions, the population has been achieving greater longevity, which has also changed the demographic profile of the world's population. This fact enables studies about the practice of physical exercises. As a result, the importance of this literature review is emphasized because it aimed at analyzing the scientific output evaluating the effects of physical exercise on the quality of life and of older seniors' well-being. This population still receives little attention in scientific research.

### Relation between physical exercise on the quality of life and on the subjective well-being of older seniors

Some of the benefits of the regular practice of physical exercises for elderly people are already recognized and accepted in the scientific community, not only physical benefits, but also psychological and social benefits (WHO, 2010).

For the male senior population, Haraldstad et al. (2017), through an intervention with resistance exercises for 12 weeks, verified that improvements in strength and muscle mass were related to the improvements in the functional capacity and physical autonomy of this group. This fact was confirmed by Winters-Stone et al. (2015), who, aside from analyzing these benefits, also verified that the strength training impacts positively on the social relations of seniors.

Another exercise that is commonly used for studies of the third age range is aerobic training. On the study of Wanderley et al. (2013), aside from the change in the body composition and decrease of body fat percentage, aerobic training was able to improve functional capacity and quality of life for seniors. Furthermore, a similar result was found for those that had practiced resistance training, except regarding mental health, which was more significant for those doing aerobic training (Wanderley et al., 2013). Brovold et al. (2013), when comparing the interval aerobic training to home exercises, verified that the benefits for functional capacity were more substantial on the aerobic group. However, both practices increased the level of physical activity and the quality of life for seniors.

There is considerable evidence for the benefits of strength training and resistance training. Studies of combined training demonstrate improvements in muscle resistance and the development of muscle strength, reduction of body mass index, and increase or possible maintenance of quality of life for seniors (Gudlaugsson et al., 2012). On the study of Sillanpää et al. (2012), the investigated subjects were separated into groups by exercise (strength, resistance, and combined) and it was verified that, despite an improvement of the quality of life of all three groups, there was a particular improvement of the vitality for the group with combined exercises. A higher vitality may mean the increase of the feeling of energy and mental agility, while on the other hand lower vitality can cause significant fatigue (Sillanpää et al., 2012).

Vitality was also evaluated in the study of Oh et al. (2015), as one of the subscales that had more progress during the intervention with water-based exercises. Other subscales of quality of life also presented expressive results (physical functioning, role-physical, role-emotional, bodily pain, vitality, and mental health) indicating an improved quality of life for the same group (Oh et al., 2015). The health transition subscale was considerably larger for the land-based exercises, proving that this type of physical exercise is also able to promote improvements in health conditions. Another finding is that in this study, both types of exercise produced an increase in falls efficacy, even though the water-based exercise group had obtained more significant results.

In order to reduce the risk factors of falling, and also aiming at a better well-being and health, Sales et al. (2015) proposed balance exercises together with strength training, motor coordination, flexibility, proprioception and aerobic exercises. In another study, yoga focusing on preventing falls has been used (Ni et al., 2016). The results of this study show improvements in physical capacities and other functions related to health that are also directly associated with Parkinson's disease (Ni et al., 2016). Twelve weeks of yoga twice a week was enough to promote the reduction of bradykinesia and joint stiffness and improved muscular strength, which also improves walking and reduces symptoms of disease. As a result, mobility and performance of daily activities improved.

It is possible to assume that physical exercise, when performed regularly, brings benefits to the older senior population. Many types of exercise seem to entail positive results in this population, especially combined exercises. These benefits are described on the biopsychosocial subscales (Table 2).

### **Evaluative instruments of the quality of life and of the subjective well-being of older seniors**

Most of the studies found evaluated the quality of life by using multiple measurement instruments such as the following: Iceland Quality of Life Questionnaire, Impact of Weight on Quality of Life-Lite (IWQOL), Arthritis Impact Measurement Scale-Short Form (AIMS2-SF), Older People's Quality of Life Questionnaire (OPQOL), Quality of Life Index, World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-26), World Health Organization Quality of Life-bref (WHOQOL-bref), EuroQol Five-Dimensions Questionnaires (EQ-5D), and Parkinson's Disease Questionnaire-39 Items (PDQ-39). Only two studies evaluated subjective well-being, of which only one used an evaluative instrument (Solberg et al., 2014), the 5-Item Satisfaction with Life Scale.

The measurement instrument that was used the most in order to evaluate quality of life was the Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), with half of the studies using it to evaluate their construct. The SF-36 is a multidimensional questionnaire composed of 36 items, with two to six possibilities of objective answers, distributed into eight subscales that can be grouped together into two larger groups: physical (functional capacity, physical aspects, pain, and general health condition) and mental (mental health, vitality, social traits, and emotional traits). Iliffe et al. (2015), Sales et al. (2015), and Haraldstad et al. (2017) used the short version of the SF-36, the Medical Outcomes Study Short Form 12-Item Health Survey (SF-12), which reinforces the focus on this instrument, either on its full or short form.

Some studies used specific questionnaires to determine the diseases related to older seniors. Among them were Ni et al. (2016), which worked with those with Parkinson's disease (PDQ-39); Fiske et al. (2015), which investigated the elderly population with rheumatoid arthritis (AIMS2-SF); and Napoli et al. (2014), which investigated obese elderly people (IWQOL).

In most of the evaluated studies, it was verified that the authors used only one instrument to evaluate the quality of life or subjective well-being. However, Iliffe et al. (2015) adopted three different instruments (OPQOL, EQ-5D, and SF-12) to investigate 1,254 European elderly people, aged between 65 and 94 years old, from different cities, in order to evaluate two exercise programs that promote physical exercise. Nevertheless, the authors did not justify why they choose those instruments. It is believed that the reason is the lack of gold-standard instruments. As a result, the three instruments aimed to complement the evaluation of quality of life for a wide and heterogeneous population.

Regarding subjective well-being, Sales et al. (2015) based themselves in the improvement of the quality of life and in other benefits deriving from exercise, such as an improvement in the level of physical activity, functional capacity, and social interaction, in order to infer the subjective well-being construct. On the other hand, Solberg et al. (2014) used the 5-Item Satisfaction with Life Scale, a specific instrument to measure this construct.

It is possible to see a great variety of instruments to measure the quality of life in seniors, particularly the application of the SF-36 and its short form (SF-12). However, choosing to employ this instrument may depend on the population being studied and its sociodemographic characteristics. Some authors choose specific questionnaires for diseases such as parkinsonism (PDQ-39), rheumatoid arthritis (AIMS2-SF), and obesity (IWQOL), and/or taking into account geographical areas (Iceland - Iceland Quality of Life Questionnaire, Europe - EuroQol Five-Dimensions Questionnaires [EQ-5D]). When it comes to subjective well-being, the lack of studies does not permit any type of evaluation.

### **Variables associated with the quality of life and with the subjective well-being of older seniors**

#### *Sex*

Most of the analyzed studies used mixed samples of men and women. None of them compared the quality of life or subjective well-being between the two sexes. Due to genetic and sociocultural factors, it is possible to affirm that men and women have biological, psychological and social differences that can affect and interfere directly in perception and in the management of quality of life and/or subjective well-being. The lack of data makes it difficult to come to conclusions regarding the differences between both sexes on the quality of life and the subjective well-being of older seniors. However, the results concerning the improvements in quality of life and on subjective well-being indicate that both sexes benefit from the regular practice of physical exercises. Studies that directly compare these two variables are suggested.

#### *Age*

Seniors aged 75 and older were the focus of this review. Nevertheless, some of the studies analyzed elderly people aged over 65 years old and also younger populations, like Sillanpää et al. (2012) and Wayne et al. (2013). Such studies did not separate the analysis of quality of life or subjective well-being according to age groups, which compromises the interpretation of these constructs for the intended population of this study (older seniors).

Among the analyzed studies, only the research carried out by El-Khoury et al. (2015) investigates exclusively the age group of interest of this review. Another four studies presented similar samples. In other words, they include subjects aged over 75 years old: Brovold et al. (2013), Gudlaugsson et al. (2012), Santin-Medeiros et al. (2017), and Solberg et al. (2014).

For advanced old ages, benefits of the regular practice of physical exercises can be seen in the improvement of physical fitness, strength-training performance, and reduction of body mass index (Gudlaugsson et al., 2012). Regular practice also benefits social relations and the functional capacity of the long-lived (El-Khoury et al., 2015), including those who spend a period of time in hospital (Brovold et al., 2013).

It is important that the exercises are planned and structured, taking into account the limitations, needs, and concerns of this population. In other words, exercises lacking consistent information regarding ideal protocols, frequency, and duration of training may not bring benefits (Santin-Medeiros et al., 2016). On the other hand, higher levels of motivation are associated with satisfaction with life, increase of vitality and positive feelings, and decrease of negative feelings. To sum up, both quality of life (Brovold et al., 2013; El-Khoury et al., 2015; Gudlaugsson et al., 2012) and subjective well-being (Solberg et al., 2014) can be improved with a regular practice of physical exercises.

Furthermore, despite the great number of studies that include seniors, it is still necessary to carry out more accurate research that respect the aging limits of the sample so that precise information about the quality of life and the subjective well-being of older seniors be reproduced. Further studies should compare the stages of aging, such as advanced old age and very advanced old age.

#### *Falls*

With advanced age the risk of falls increases. Falls and the fear of falling can be identified as risk factors that reduce daily physical activities, satisfaction with life, and self-efficacy, interfering in the perception of quality



of life in the elderly population (El-Khoury et al., 2015; Fiskén et al., 2015; Oh et al., 2015). In other words, when associated with the risk of falls, aging can be related to lack of balance, low muscle strength, and a slower gait speed, which causes the limitation or the interruption of tasks and consequently jeopardizes the independence of the seniors.

Exercising was also demonstrated to be efficient in preventing and controlling falls in healthy seniors or even those who have certain diseases, due to the improvement in balance (Iliffe et al., 2015), improvement in walking ability (El-Khoury et al., 2015), improvement in muscle strength and flexibility (Oh et al., 2015), and even the benefits of self-efficacy, self-esteem and reduced fear of falling.

Preventing or minimizing problems deriving from falls contributes to the maintenance or increase of functionality and quality of life, especially the physical, symptomatic, and social attributes of seniors with rheumatoid arthritis (Fiskén et al., 2015); physical function, vitality, and general health of women between 75 and 85 years old in a balance program (El-Khoury et al., 2015); and physical and emotional attributes, pain, vitality, and mental health of seniors with records of falling when performing water-based exercises (Oh et al., 2015).

The scientific field that investigates physical exercise and its benefits of preventing or reducing the risk of falls on seniors is very wide. However, based on the studies that were found, there is a lack of studies that investigate falling related to multiple levels of physical activity by exploring and comparing the sexes and the different stages of aging.

#### *Other variables*

From the topics above, a few variables were associated with the quality of life and/or subjective well-being. Other variables were also found to be less frequent during this review, although not less significant. All of them, in some way, interfere with or affect the development or perception of quality of life and subjective well-being of older seniors. Among them, it is possible to mention: VO<sub>2</sub>max (Sillanpää et al., 2012), functional capacity (Wanderley et al., 2013), self-motivation (Solberg et al., 2014), restricted feeding practices (diets) and reduction of body weight (Napoli et al., 2014), social interaction (Fiskén et al., 2015; Sales et al., 2015), food supplementation and type of questionnaire (Trabal et al., 2015), place of exercises (Sales et al., 2015), frequency (Santin-Medeiros et al., 2017), intensity (Santin-Medeiros et al., 2017), muscle strength (Haraldstad et al., 2017; Ni et al., 2016), and muscle mass (Haraldstad et al., 2017). Such variables should be studied in further research with older seniors, in order to expand the results identified so far.

#### **Conclusions**

The results of this systematic review lead to the conclusion that the physical exercise is extremely important, not only for healthy seniors, but also for those who have specific diseases, such as parkinsonism, cancer, osteoporosis, rheumatoid arthritis, obesity, depression, etc. The benefits can be seen, not only in physical fitness, but also in functional capacity, resulting in greater physical autonomy and independence. Furthermore, it includes improvements in cognition, self-efficacy, and satisfaction, resulting in positive feelings towards life. However, as the aging process is complex and multidimensional and does not occur equally for every individual, it is necessary that further studies evaluate the quality of life and subjective well-being by taking into account the age of the elderly population, instead of taking it generally. In other words, it is necessary to evaluate the seniors according to their stage in the aging process in order to obtain more accurate and clear results about the benefits of the physical exercise and feelings toward life.

This analysis indicates that there is no one ideal instrument to evaluate the quality of life. Nevertheless, it was verified that researchers have a preference for the SF-36, as well as its short form, the SF-12. Furthermore, it was verified that more studies that relate subjective well-being to the practice of exercise in the elderly population are needed. Finally, some of the investigated variables were shown to affect the quality of life and/or the subjective well-being of older seniors, such as sex, age, and record of falls.

**Conflicts of interest** – Authors declare no conflicts of interests.

#### **References**

- Brovold, T., Skelton, D. A., & Bergland, A. (2013). Older adults recently discharged from the hospital: Effect of Aerobic Interval Exercise on Health-Related Quality of Life, Physical Fitness, and Physical Activity. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(9), 1580-1585.
- Camões, M., Fernandes, F., Silva, B., Rodrigues, T., Costa, N., & Bezerra, P. (2016). Exercise and quality of life in the elderly: Different social and behavioral contexts [Exercício físico e qualidade de vida em idosos: diferentes contextos sócio-comportamentais]. *Motricidade*, 12(1), 96-106.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.

- Dohrn, I. M., Hagstromer, M., Hellenius, M. L., & Stahle, A. (2016). Gait speed, quality of life, and sedentary time are associated with steps per day in community-dwelling older adults with osteoporosis. *Journal of Aging and Physical Activity, 24*(1), 22-31.
- El-Khoury, F., Cassou, B., Latouche, A., Aegerter, P., Charles, M-A., & Dargent-Molina, P. (2015). Effectiveness of two-year balance training programme on prevention of fall induced injuries in at risk women aged 75-85 living in community: Ossébo randomised controlled trial. *BMJ, 351*, h3830.
- Émile, M., Chalabaev, A., Pradier, C., Clément-Guillotin, C., Falzona, C., Colson, S. S., & d'Arripe-Longueville, F. (2014). Effects of supervised and individualized weekly walking on exercise stereotypes and quality of life in older sedentary females. *Science & Sports, 29*(3), 159-163.
- Fisken, A. L., Waters, D. L., Hing, W. A., Steele, M., & Keogh, J. W. (2015). Comparative effects of 2 aqua exercise programs on physical function, balance, and perceived quality of life in older adults with osteoarthritis. *Journal of Geriatric Physical Therapy, 38*(1), 17-27.
- Grubbs, B., Artese, A., Schmitt, K., Cormier, E., & Panton, L. (2016). A pilot study to assess the feasibility of group exercise and animal assisted therapy in older adults. *Journal Aging and Physical Activity, 24*(2), 322-331.
- Gudlaugsson, J., Gudnason, V., Aspelund, T., Siggeirsdottir, K., Olafsdottir, A. S., Jonsson, P. V., ... Johannsson E. (2012). Effects of a 6-month multimodal training intervention on retention of functional fitness in older adults: A randomized-controlled cross-over design. *International Journal Behavioral Nutrition and Physical Activity, 9*, 107.
- Haraldstad, K., Rohde, G., Stea, T. H., Lohne-Seiler, H., Hetlelid, K., Paulsen, G., & Berntsen, S. (2017). Changes in health-related quality of life in elderly men after 12 weeks of strength training. *European Review of Aging and Physical Activity, 14*(8), 1-6.
- Iiffe, S., Kendrick D., Morris, R., Griffin, M., Haworth, D., Carpenter, H., ... & Gage, H. (2015). Promoting physical activity in older people in general practice: ProAct65+ cluster randomised controlled trial. *British Journal of General Practice, 65*(640), e731-8.
- Mendoza-Ruvalcaba, N. M., & Arias-Merino, E. D. (2015). "I am active": Effects of a program to promote active aging. *Clinical Interventions in Aging, 5*(10), 829-837.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2010). The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *International Journal of Surgery, 8*(5), 336-341.
- Morisawa, T., Tamaki, A., Nagai, K., Tsukagoshi, R., Nozaki, S., Miyamoto, T., ... & Fujioka, H. (2017). Effects of increased physical activity on body composition, physical functions, vascular functions, HR-QOL, and self-efficacy in community-dwelling elderly people. *Journal Physical Therapy Science, 29*(1), 152-157.
- Napoli, N., Shah, K., Waters, D. L., Sinacore, D. R., Qualls, C., & Villareal, D. T. (2014). Effect of weight loss, exercise, or both on cognition and quality of life in obese older adults. *American Journal of Clinical Nutrition, 100*(1), 189-198.
- Ni, M., Mooney, K., & Signorelli, J. (2016). Controlled pilot study of the effects of power yoga in Parkinson's disease. *Complementary Therapies in Medicine, 25*, 126-131.
- Oh, S., Lim, J-M., Kim, Y., Kim, M., Song, W., & Yoon, B. (2015). Comparison of the effects of water- and land-based exercises on the physical function and quality of life in community-dwelling elderly people with history of falling: A single blind randomized controlled trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 60*(2), 288-93.
- Rachadel, T. F., Boering, J., Luza, M., & Piazza, L. (2015). Institutionalization and physical activity in the elderly and their relationships with fear of falling and quality of life [Institucionalização e atividade física em idosos e suas relações com medo de cair e qualidade de vida]. *Revista Scientia Medica, 25*(2), 1-7.
- Sales, M. P. R., Polman, R., Hill, K. D., Karaharju-Huisman, T., & Levinger, P. A. (2015). Novel dynamic exercise initiative for older people to improve health and well-being: Study protocol for a randomised controlled trial. *BMC Geriatrics, 15*(1), 1-17.
- Santin-Medeiros, F., Santos-Lozano, A., Cristi-Montero, C., & Garatachea Vallejo, N. (2017). Effect of 8 months of whole-body vibration training on quality of life in elderly women. *Research in Sports Medicine, 25*(1), 101-107.
- Shephard, R. J. (2003) *Envelhecimento, atividade física e saúde*. São Paulo: Phorte.
- Sillanpää, E., Hakkinen, K., Holviala, J., & Hakkinen, A. (2012). Combined strength and endurance training improves health-related quality of life in healthy middle-aged and older adults. *International Journal Sports and Medicine, 33*(12), 981-986.
- Solberg, P. A., Halvari, H., Ommundsen, Y., & Hopkins, W. G. (2014). A 1-year follow-up on effects of exercise programs on well-being in older adults. *Journal of Aging and Physical Activity, 22*(1), 52-64.
- Trabal, J., Forga, M., Leyes, P., Torres, F., Rubio, J., Prieto, E., & Farran-Codina, A. (2015). Effects of free leucine supplementation and resistance training on muscle strength and functional status in older adults: A randomized controlled trial. *Clinical Interventions in Aging, 13*(10), 713-723.

- Wanderley, F. A. C., Oliveira, N. L., Marques, E., Moreira, P., Oliveira, J., & Carvalho, J. (2013). Training effects on health-related quality of life, body composition, and function of older. *Journal of Applied Gerontology*, 34(3), 143-165.
- Wayne, P. M., Manor, B., Novak, V., Costa, M. D., Hausdorff, J. M., Goldberger, A. L., ... & Lipsitz, L. A. (2013). A systems biology approach to studying Tai Chi, physiological complexity and healthy aging: Design and rationale of a pragmatic randomized controlled trial. *Contemporanea Clinical Trials*, 34(1), 21-34.
- Winters-Stone, K. M., Dobek, J. C., Bennett, J. A., Dieckmann, N. F., Maddalozzo, G. F., Ryan, C. W., & Beer, T. M. (2015). Resistance training reduces disability in prostate cancer survivors on androgen deprivation therapy: evidence from a randomized controlled trial. *Archive of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(1), 7-14.
- World Health Organization [WHO]. (2010). *Global Recommendations on Physical Activity for Health – 65 years and above*. Geneva: World Health Organization.

## APÊNDICE II

## QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

<b>A</b>	<b>Nome:</b>			
<b>B</b>	<b>Data de nascimento</b>		<b>Idade:</b>	
<b>C</b>	<b>Celular:</b>	<b>Telef.</b>		<b>Residencial:</b>
<b>D</b>	<b>Peso:</b>		<b>Altura:</b>	
<b>E</b>	<input type="checkbox"/> feminino		<input type="checkbox"/> masculino	
<b>F</b>	<b>Estado civil:</b>	<b>1</b> Solteiro (a)	<b>3</b> Casado (a) / união de fato	
		<b>2</b> Viúvo (a)	<b>4</b> Divorciado (a)/separado (a)	
<b>G</b>	<b>Etnia</b>	<b>1</b> Negro (a)	<b>4</b> Pardo (a)	
		<b>2</b> Amarelo (a)	<b>5</b> Indígena	
		<b>3</b> Branco (a)	<b>6</b> Outros _____	
<b>H</b>	<b>Quantas pessoas moram com você?</b>		<b>1</b> Nenhuma	<b>3</b> Duas
		<b>2</b> Uma	<b>4</b> Três ou mais	
<b>I</b>	<b>Com quem Mora?</b>	<b>1</b> Sozinho (a)	<b>4</b> Com netos (as)	
		<b>2</b> Com esposo (a)	<b>5</b> Outros. Quais? _____	
		<b>3</b> Com filhos (as)		
<b>J</b>	<b>Você trabalha</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Aposentado (a)	
		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Aposentado (a) e trabalha	
<b>K</b>	<b>Quantas horas semanais você trabalha?</b>		<b>1</b> Até 20 horas	<b>3</b> 40 horas
		<b>2</b> 20 - 30 horas	<b>4</b> + 40 horas	
<b>L</b>	<b>Qual é seu grau de instrução?</b>	<b>1</b> Fundamental	<b>4</b> Médio Completo	
		<b>2</b> Incompleto	<b>5</b> Superior Incompleto	
		<b>3</b> Fundamental Completo Médio Incompleto	<b>6</b> Superior completo	
<b>M</b>	<b>Qual a renda mensal da sua família?</b>		<b>1</b> Menos de 1 salário mínimo	<b>4</b> 5 a 10 salários mínimos
		<b>2</b> 1 salário mínimo	<b>5</b> + 10 salários	

			<b>3</b>	2 a 5 salários mínimos			
<b>N</b>	<b><u>Doenças Diagnosticada</u></b>	<b>1</b>	Sem doenças	<b>7</b>	Doenças do coração		
		<b>2</b>	Gastrite	<b>8</b>	Doenças renais		
		<b>3</b>	Diabetes mellitus	<b>9</b>	Asma/bronquite		
		<b>4</b>	Colesterol	<b>1</b>	Depressão		
			Hipertensão	<b>0</b>	Artrite/artrose		
		<b>5</b>	Câncer	<b>1</b>	Outras. Quais?		
		<b>1</b>	_____				
		<b>6</b>	<b>1</b>		<b>2</b>		
<b>O</b>	<b><u>Quando teve a última queda?</u></b>	<b>1</b>	Nunca caiu	<b>4</b>	No último ano		
		<b>2</b>	3 meses atrás	<b>5</b>	Outros		
		<b>3</b>	6 meses atrás	<b>6</b>	_____		
<b>P</b>	<b><u>Sente dores constantes?</u></b>	<b>1</b>	Nenhuma	<b>3</b>	Coluna	<b>5</b>	Pés
		<b>2</b>	Quadril	<b>4</b>	Joelho/pernas	<b>6</b>	Outros
							_____
<b>Q</b>	<b><u>Você sente dificuldade de realizar alguma tarefa?</u></b>		<input type="checkbox"/> raramente		<input type="checkbox"/> às vezes		
			<input type="checkbox"/> sempre				
<b>R</b>	<b><u>Quais tarefas?</u></b>	<b>1</b>	Varrer casa	<b>4</b>	Atravessar rua		
		<b>2</b>	Carregar compras	<b>5</b>	Amarrar tênis		
		<b>3</b>	Subir escada	<b>6</b>	Outros _____		
<b>S</b>	<b><u>Faz uso de bebida alcoólica?</u></b>	<input type="checkbox"/>	Sim	<b>Qual a frequência semanal que o (a) senhor (a) faz uso de bebidas alcoólicas?</b>	<input type="checkbox"/> raramente		
		<input type="checkbox"/>			Não	<input type="checkbox"/> às vezes	
		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> sempre		
<b>T</b>	<b><u>Faz uso de cigarro?</u></b>	<input type="checkbox"/>	Sim	<b>Qual a frequência semanal que o (a) senhor (a) faz uso de cigarros?</b>	<input type="checkbox"/> raramente		
		<input type="checkbox"/>			Não	<input type="checkbox"/> às vezes	
		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> sempre		
<b>U</b>	<b><u>Faz exercício há quanto</u></b>	<b>1</b>	Menos de 1	<b>4</b>	+20 anos		
		<b>2</b>	ano	<b>5</b>	+50 anos		

	<b><u>tempo?</u></b>	<b>3</b>	1 – 5 anos 5 – 10 anos	<b>6</b>	Outros _____			
<b>V</b>	<b><u>Exercício</u></b>	<b>1</b>	Musculação	<b>4</b>	Corrida	<b>7</b>	Natação	
	<b><u>praticado</u></b>	<b>2</b>	Hidroginástica	<b>5</b>	Dança	<b>8</b>	Outros	
	<b><u>atualmente</u></b>	<b>3</b>	Pilates	<b>6</b>	Caminhada		_____	
<b>X</b>	<b><u>Faz exercício quantas vezes por semana?</u></b>		<b>1</b>	Uma	<b>4</b>	Quatro		
			<b>2</b>	Duas	<b>5</b>	Cinco		
			<b>3</b>	Três	<b>6</b>	Seis ou mais		
<b>Y</b>	<b><u>Quanto tempo você se exercita por dia? (horas)</u></b>		<b>1</b>	Menos de 30 min.		<b>3</b>	1 hora	
			<b>2</b>	30 min.		<b>4</b>	2 horas ou mais	
<b>W</b>	<b><u>Onde se exercita?</u></b>	<b>1</b>	Academia	<b>3</b>	Clube		<b>5</b>	Outros
		<b>2</b>	Rua	<b>4</b>	Casa			_____
<b>Z</b>	<b><u>O que motiva você a se exercitar?</u></b>		<b>1</b>	Saúde	<b>3</b>	Família		
			<b>2</b>	Estética	<b>4</b>	Médico		
<b>Z1</b>	<b><u>Ocorreu melhoria em sua vida ou em seu corpo após o exercício? Onde?</u></b>		<b>1</b>	Sem melhorias		<b>5</b>	Redução dos remédios	
			<b>2</b>	Redução das dores		<b>6</b>	Mais disposição	
			<b>3</b>	Estética		<b>7</b>	Mais amizades	
			<b>4</b>	Redução das doenças		<b>8</b>	Outros _____	
<b>Z2</b>	<b><u>Como você avalia o seu estado de saúde atual?</u></b>		<b>1</b>	Ruim		<b>4</b>	Muito bom	
			<b>2</b>	Bom		<b>5</b>	Médio	
			<b>3</b>	Insatisfatório		<b>6</b>	Excelente	

## ANEXOS

## ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Qualidade de Vida e Bem-estar subjetivo na velhice avançada em idosos fisicamente ativos

**Pesquisador:** Maria Elisa Caputo Ferreira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 85089518.4.0000.5147

**Instituição Proponente:** Faculdade de Educação Física

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.569.541

**Apresentação do Projeto:**

Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

**Objetivo da Pesquisa:**

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem estruturado, apresenta o tipo de estudo, número de participantes, critério de inclusão e exclusão, forma de recrutamento. As referencias bibliográficas são atuais, sustentam os objetivos do estudo e seguem uma normatização. O cronograma mostra as diversas etapas da pesquisa, além de mostra que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo CEP. O

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.569.541

orçamento lista a relação detalhada dos custos da pesquisa que serão financiados com recursos próprios conforme consta no campo apoio financeiro. A pesquisa proposta está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens IV.6, II.11 e XI.2; com a Norma Operacional CNS 001 de 2013. Itens: 3.4.1-6, 8, 9, 10 e 11; 3.3 - f; com o Manual Operacional para CEPs Item: VI - c.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, ressarcimento com as despesas, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CEPs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: agosto de 2019.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições

<b>Endereço:</b> JOSE LOURENCO KELMER S/N		
<b>Bairro:</b> SAO PEDRO		<b>CEP:</b> 36.036-900
<b>UF:</b> MG	<b>Município:</b> JUIZ DE FORA	
<b>Telefone:</b> (32)2102-3788	<b>Fax:</b> (32)1102-3788	<b>E-mail:</b> cep.propesq@uff.edu.br





Continuação do Parecer: 2.569.541

definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1091437.pdf	13/03/2018 11:35:51		Aceito
Outros	SF36.docx	13/03/2018 11:34:53	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito
Outros	LSITA.docx	13/03/2018 11:33:20	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_mestrado.docx	13/03/2018 11:32:22	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	13/03/2018 11:30:42	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	13/03/2018 11:24:42	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	hidrolife.jpg	12/03/2018 22:56:05	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	sindicato.jpg	12/03/2018 22:53:54	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	pofit.jpg	12/03/2018 22:50:14	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	jupilates.jpg	12/03/2018 22:49:00	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	elite.jpg	12/03/2018 22:47:19	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito

**Situação do Parecer:**

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.569.541

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JUIZ DE FORA, 28 de Março de 2018

---

**Assinado por:**  
**Lainer Augusta da Cunha Serrano**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

## ANEXO II

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa **“QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR SUBJETIVO NA VELHICE AVANÇADA EM IDOSOS FISICAMENTE ATIVOS”**. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é que **“O ENVELHECIMENTO TRÁS A ALTERAÇÕES FUNCIONAIS E ESTRUTURAIS QUE PODEM COMPROMETER A VIDA DO IDOSO, SEJA NOS ASPECTOS FÍSICO, EMOCIONAL OU SOCIAL, INTERFERINDO NA QUALIDADE DE VIDA E NO BEM-ESTAR SUBJETIVO. BASEADOS EM ESTUDOS O EXERCÍCIO FÍSICO REGULAR ATUA NA PREVENÇÃO E OU MELHORA DESSES COMPROMETIMENTOS, CONTRIBUINDO PARA MELHORIAS NA QUALIDADE DE VIDA E NA PERCEPÇÃO DO BEM-ESTAR SUBJETIVO.** Nesta pesquisa pretendemos **“ANALISAR A QUALIDADE DE VIDA E O BEM-ESTAR SUBJETIVO EM IDOSOS FISICAMENTE ATIVOS ENTRE 75 A 85 ANOS”**.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você **“APLICAÇÃO DE DOIS QUESTIONÁRIOS, UM SOBRE QUALIDADE DE VIDA E OUTRO SOBRE BEM-ESTAR SUBJETIVO. AMBOS CONTÊM QUESTÕES DE MULTIPLA ECOLHA, COM LINGUAGEM SIMPLES. EM CASO DE DÚVIDAS, A PESQUISADORA ESTARÁ APOSTA PARA ESCLARECÊ-LAS”**.

Esta pesquisa apresenta riscos mínimos, inerentes a possibilidade de identificação dos participantes. Contudo, todos os cuidados serão tomados para garantir o anonimato dos idosos. A pesquisa pode ajudar **“AS PESSOAS IDOSAS A PERCEBEREM OS BENEFÍCIOS DO EXERCÍCIO FÍSICO REGULAR DURANTE O ENVELHECIMENTO E TAMBÉM AMPLIAR O CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS QUE LIDAM DIRETAMENTE COM IDOSOS SOBRE QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR SUBJETIVO RELACIONADO AO ESTILO DE VIDA ATIVO”**.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causadas atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Pesquisador (a)

**Nome da Pesquisadora Responsável: Maria Elisa Caputo Ferreira**  
**Campus Universitário da UFJF**  
**Faculdade/Departamento/Instituto: Educação Física-FAEFID/Departamento de Fundamentos da Educação Física/**  
**Universidade Federal de Juiz de Fora**  
**CEP: 36036-900**  
**Fone: (32) 99945-0590**  
**E-mail: caputoferreira@terra.com.br**

## ANEXO III

## VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito boa	Boa	Ruim	Muito ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito melhor	Um pouco melhor	Quase a mesma	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
A) Atividades rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
B) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
C) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
D) Subir vários lances de escada	1	2	3
E) Subir um lance de escada	1	2	3
F) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
G) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
H) Andar vários quarteirões	1	2	3
I) Andar um quarteirão	1	2	3

J) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3
-----------------------------	---	---	---

**4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?**

	Sim	Não
A) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
B) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
C) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
D) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. Necessitou de um esforço extra).	1	2

**5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?**

	Sim	Não
A) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
B) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
C) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

**6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?**

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

**7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?**

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

**8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?**

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

**9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.**

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
A) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
B) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
C) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
D) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
E) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
F) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
G) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
H) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
I) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

**10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?**

Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

## 11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	<b>Definitivamente verdadeiro</b>	<b>A maioria das vezes verdadeiro</b>	<b>Não sei</b>	<b>A maioria das vezes falso</b>	<b>Definitivamente falso</b>
A) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
B) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
C) Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
D) Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

## ANEXO IV

**VERSÃO BRASILEIRA DA ESCALA DO ÍNDICE DE SATISFAÇÃO COM A VIDA PARA A  
TERCEIRA IDADE (LSITA)**

	Discordo totalmente	Discordo	Discordo um pouco	Concordo um pouco	Concordo	Concordo totalmente
1. As coisas que faço são interessantes para mim como sempre foram.						
2. À medida que envelheço, as coisas parecem ser melhores que eu havia pensado que seriam.						
3. Falhei em tudo que tentei fazer na vida.						
4. Esta é a época mais monótona da minha vida.						
5. A vida não tem sido boa para mim.						
6. Eu tenho tido mais oportunidade na vida do que a maioria das pessoas que eu conheço.						
7. Estou tão feliz agora como quando era mais jovem.						
8. Não tenho conseguido fazer as coisas direito, tudo está contra mim.						
9. Alcancei na minha vida tudo que havia planejado fazer e muito mais.						
10. Sinto o peso da minha idade, mas isso não me incomoda.						
11. Consigo viver com os resultados das escolhas que fiz na minha vida.						
12. Quando olho para trás estou bem satisfeito (a) com a minha vida.						
13. Em comparação a outras pessoas da minha idade tenho uma boa aparência.						
14. Minha vida é ótima.						
15. Não mudaria meu passado, mesmo se pudesse						
16. Quando olho para trás na minha vida, vejo que não consegui as coisas importantes que eu queria.						



17. Eu me sinto velho (a) e cansado (a).						
18. Estes são os melhores anos da minha vida.						
19. Em comparação a outras pessoas da minha idade, tomei muitas decisões tolas na minha vida.						
20. Tudo está simplesmente ótimo.						
21. Minha vida poderia ser mais feliz do que é agora.						
22. Tenho planos para as coisas que farei daqui a um mês.						
23. Em comparação a outras pessoas frequentemente fico deprimido (a) ou de baixo astral.						