



ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DO DESPORTO

CURSO DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DO DESPORTO

RAMO: ACTIVIDADE FÍSICA EM SAÚDE

AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS DE ACTIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA DE
IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NA CIDADE DE MAPUTO

Prof^ª. Doutora Lucília Mangona,
Universidade Eduardo Mondlane

Mestrando: Pinto Salazar Hobjuane



ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DO DESPORTO

CURSO DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DO DESPORTO

RAMO: ACTIVIDADE FÍSICA EM SAÚDE

AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS DE ACTIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA DE
IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NA CIDADE DE MAPUTO

Dissertação apresentada a escola superior de ciências do desporto (ESCIDE) da universidade Eduardo Mondlane para obtenção do grau de mestre em ciências do desporto, ramo de desporto adaptado e saúde, sob orientação da Profa, Doutora. **Lucília Bernardo Mangona**

Prof^ª. Doutora Lucília Mangona,
Universidade Eduardo Mondlane

Mestrando: Pinto Salazar Hobjuane

Maputo Dezembro 2024

Declaração de originalidade

Eu Pinto Salazar Hobjuane. Declaro que esta dissertação nunca foi apresentada para a obtenção de qualquer grau ou num outro âmbito e que ele constitui o resultado do meu labor individual. Esta dissertação é apresentada em cumprimento parcial dos requisitos para a obtenção do grau de mestrado, da universidade Eduardo Mondlane. Salientar que resulta da minha investigação pessoal, estando no texto indicada a bibliografia e as fontes que foram utilizadas.

Maputo, Dezembro 2024

(Pinto Salazar Hobjuane)

DEDICATÓRIA

Em primeiro lugar dedico este trabalho aos meus pais (**Salazar Samussone Hobjuane** e **Julieta Manabela Timba**) que em vida me mostraram a porta da escola, incentivando-me a cada dia o caminho da escola, faça sol, faça chuva com o lápis e o caderno no saco plástico.

À minha incansável esposa (Joana Estela Timane) e aos meus filhas (Leonel Pinto Hobjuane, Dalton Pinto Hobjuane e a Shanaya Pinto Hobjuane), pelo amor, carinho, presença e apoio ao longo da jornada da vida.

A minha primeira esposa (Rosa Mateus Mondlane) que tão cedo, partiu e deixando-me com a nobre missão de ser pai e mãe para cuidar do nosso primogénito no seu primeiro ano de vida e que hoje já é um senhor.

AGRADECIMENTOS

- Meus agradecimentos vão em primeiro lugar a DEUS pelo dom da vida;
- Em segundo lugar agradeço aos funcionários de ESCIDE, Professores, colegas de profissão, amigos, instituições por onde construiu-se personalidade que hoje sou, a Escola Primária de Malhangalene, Inhaca Sede, Secundaria da Polana, Secundaria Josina Machel, Francisco Manyanga, o Instituto de Formação de Professores da Matola, o Instituto de Ciências de Saúde de Maputo, o Instituto Superior de Ciências de Saúde e por último o não menos importante mas sim o mais, o maior e importante marco de vida académica a Escola Superior de Ciências de Desporto da UEM- ESCIDE;
- Finalmente, agradeço a todas as personalidades que contribuíram nesta longa jornada de formação em particular a Professora Doutora Lucília Berardo Mangona pelo incansável esforço na construção deste trabalho o meu muito obrigado, ao Prof. Doutor Leonardo Nhamtumbo por ter acreditado na concretização deste trabalho na sua fase embrionária;
- Estou ciente de que muitas das personalidades merecidas não estão aqui mencionadas, mesmo assim sintam-se abrangidos pelo meu especial agradecimento.

LISTA DE ABREVIATURA

AF- Actividade Física

DCNT- Doenças crônicas não transmissíveis

QV- Qualidade de Vida

CAF- Capacidade funcional

LAF- Limitações por Aspectos Físicos

EGS-Estado Geral de Saúde

VT-Vitalidade

ApF-Aptidão funcional

NAF-Nível da actividade física

AS- Aspectos sociais

LAE-Limitações por Aspectos Sociais

SM- Saúde Mental

SF-36 - Short Form-36

UN -Nações Unidas

OMS- Organização mundial da Saúde

CAV- Centro de apoio a Velhice de Ihanguene

METs- Metabólicos

GAPPA - Plano de Ação Global da OMS para a Actividade Física

ACSM -Colégio Americano De Actividade Física

ILPI – Instituições de Longa Permanência Para Idosos

INASS- Instituto Nacional de Segurança Social

LISTA DE TABELAS

Tabela nº 1 Características sociodemográficas dos sujeitos do estudo. Pag.52

Tabela nº 2 Classificação de nível de actividade física de idosos institucionalizados Pag.53

Tabela nº3 Scores médios dos domínios e desvio padrão de qualidade de vida e classificação dos sujeitos por níveis.Pag.54

Tabela nº4 Correlação entre as componentes físicas da qualidade de vida e nível de actividade física Pag.54

Resumo

Introdução: O envelhecimento humano consiste num processo de mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social das pessoas e é um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível, que se instala no indivíduo desde o nascimento e o acompanha por toda vida. **Objectivo:** Avaliar o nível de prática de actividade física e qualidade de vida dos idosos nos centros de acolhimento. **Metodologia:** Transversal, descritivo com abordagem quali-quantitativo, o nível de actividade física foi estimada com recurso ao questionário IPAQ versão curta e para a avaliação do nível de qualidade de vida recorreu-se ao questionário SF-36. Os procedimentos estatísticos foram executados no programa SPSS versão 22, através do cálculo de médias e desvio padrão, frequências e proporções e também no teste de correlação do nível de actividade física e qualidade de vida. **Resultados:** A amostra do estudo foi composta por 62 sujeitos 19 do sexo masculino e 43 do sexo feminino com média de idade de 70.16 ± 7.59 . A maioria dos sujeitos (71%) possui o nível de escolaridade elementar, com estado nutricional entre peso normal e sobrepeso (43.5% e 30.6%) respectivamente e pressão arterial também normal (75.8%). O nível de actividade física foi considerado irregularmente activo para a maioria dos participantes (69.4%). Em 7 dos 8 domínios da qualidade de vida os scores médios tiveram um percentual acima de 50% de sujeitos classificados com um alto índice de qualidade de vida. A correlação da actividade física com os domínios que compõem a componente física da qualidade de vida mostrou-se fraca e sem significância estatística. **Conclusão:** Estudos com amostras mais robustas e de acompanhamento muito longo, são necessários para trazer respostas concisas que possam ajudar no desenho de programas de apoio a pessoa idosa institucionalizada assim como aquelas que vivem com as suas famílias ou sozinhas.

Palavra-chave: Actividade Física, Qualidade de vida, idosos, Centro de acolhimento.

ABSTRACT

Introduction: Human ageing is a process of progressive change in the biological, psychological and social structure of people. It is a natural, dynamic, progressive and irreversible process that takes place in individuals from birth and accompanies them throughout their lives. **Objective:** To assess the level of physical activity and quality of life of elderly people in care centre. **Methodology:** Cross-sectional, descriptive with a qualitative-quantitative approach, the level of physical activity was estimated using the IPAQ short version questionnaire and the SF-36 questionnaire was used to assess the level of quality of life. Statistical procedures were carried out in the SPSS programme version 22, by calculating means and standard deviation, frequencies and proportions and also the correlation test for the level of physical activity and quality of life. **Results:** The study sample consisted of 62 subjects 19 male and 43 female with a mean age of 70.16 ± 7.59 . The majority of the subjects (71%) had an elementary school education, their nutritional status was between normal weight and overweight (43.5% and 30.6%) respectively and their blood pressure was also normal (75.8%). The level of physical activity was considered irregularly active for most of the participants (69.4%). In 7 of the 8 quality of life domains, the average scores had a percentage above 50% of subjects classified with a high quality of life index. The correlation between physical activity and the domains that make up the physical component of quality of life was weak and not statistically significant. **Conclusion:** More robust studies with very long follow-up periods are needed to provide concise answers that can inform the design of support programs for institutionalized elderly people, as well as those who live with their families or alone.

Key word: Physical Activity, Quality of life, elderly, Reception Center

ÍNDICE

DECLARAÇÃO DE HONRA	III
DEDICATÓRIA	IV
AGRADECIMENTOS	V
LISTA DE ABREVIATURA	VI
LISTA DE TABELA	VII
Resumo	VIII
ABSTRACT	IX
Capítulo I – CONCEPTUALIZAÇÃO DA PESQUISA	13
1.1 Introdução	13
1.2 Problematização	17
1.3 Problema da investigação.....	18
1.4 Objectivos	18
1.4.1 Objectivo geral.....	18
1.4.2 Objectivos específicos	18
1.5 Perguntas de investigação.....	19
1.6 Justificativa	19
Capítulo II - REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1 Actividade física	18
2.2. Relacao de actividade física e saúde	23
2.3 Actividaden física em idosos	27
2.4 Benefícios de pratica de actividade física	29
2.5 Factores associados a pratica de actividade física	31
2.6 Sedetarismo e actividade física em idosos	34
2.7 Saúde e qualidade de vida.....	37
2.7.1 Qualidade de vida.....	39
2.7.2 Relação qualidade de vida e saude.....	42

2.7.3 Prática regular de actividade física e qualidade de vida	44
Capítulo III - METODOLOGIA	41
3.1. Tipo de estudo	41
3.2 Sugeito de estudo	41
3.3 Local de estudo	42
3.4 Abordagem metodologica	43
3.5 Procedimentos éticos	44
3.6 Constrangimentos da pesquisa	45
Capítulo IV – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	45
4.1 Analise e interpretação	45
Capítulo V - DISCUSSÃO	48
Capítulo VI- CONCLUSÃO	52
RECOMENDAÇÕES.....	59
REFERÊNCIAS	60
ANEXOS	

CAPÍTULO I - CONCEPTUALIZAÇÃO DA PESQUISA

1.1. INTRODUÇÃO

As últimas projeções das Nações Unidas indicam que a população idosa está aumentando de forma exponencial em todo mundo, fenômeno este que está sendo associado ao sedentarismo e à inatividade física. Esse quadro sociodemográfico preocupa as organizações que trabalham em prol da saúde por influenciar de forma negativa na prevalência mundial de doenças hipocinéticas e aumento dos custos de assistência sanitária a pessoas idosas já que as pessoas da terceira idade trazem em paralelo doenças associadas a hipocinética (Dipietro et al., 2020).

Buscando o entendimento de conceito, o envelhecimento é um conjunto de consequências ou efeitos da passagem do tempo. Pode ser considerado biologicamente como a involução morfofuncional que afeta todos os sistemas fisiológicos principais, de forma variável, essa involução não impede, entretanto, que a pessoa se mantenha activa, independente e feliz.

O envelhecimento consiste num processo de mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social das pessoas, que se inicia antes do nascimento e se desenvolve ao longo da vida, (Azevedo, 2015). e é um processo normal e natural, dinâmico, progressivo e irreversível, que se instala no indivíduo desde o nascimento e o acompanha por toda vida (Daca, Prista, Farinatti, Tani 2015) & (Ribeiro et al., 2012). É um processo do ciclo da vida que deve ser vivenciado de uma forma saudável e autónoma o maior tempo possível. Para isso, é necessário que as pessoas idosas se envolvam na vida social, cultural, espiritual e civil, para que envelheçam de uma forma activa. O “envelhecimento ativo” consiste no processo de consolidação das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, com o intuito de melhorar a qualidade de vida, à medida, que as pessoas envelhecem (OMS, 2002).

Actualmente, os especialistas no estudo do envelhecimento referem-se a três grupos de pessoas mais velhas: os idosos jovens, os idosos velhos e os idosos mais velhos. O termo *idosos jovens* geralmente se refere a pessoas de 65 a 74 anos, que costumam estar ativas, cheias de vida e vigorosas. Os *idosos velhos*, de 75 a 84 anos, e os *idosos mais velhos*, de 85 anos ou mais, são aqueles que têm maior tendência para a fraqueza e para a enfermidade, e podem ter dificuldade para desempenhar algumas actividades da vida diária Papalia, Olds & Feldman, (2006).

A idade cronológica relativamente ao envelhecimento não apresenta um valor padrão, pois na realidade existem formas díspares de defini-la e conceituá-la analogamente ao envelhecimento. Uma das definições plausíveis é preconizada pela OMS que defende que a definição da pessoa idosa se inicia aos 65 anos nos países desenvolvidos e aos 60 anos nos países em desenvolvimento (Barreto, Pinheiro, Sichieri, Monteiro, et al. (2005)

Embora esta categorização seja bastante usual, cada vez mais as pesquisas revelam que o processo de envelhecimento é uma experiência heterogénea, vivida como uma experiência individual. Algumas pessoas, aos 60 anos, já apresentam alguma incapacidade; outras estão cheias de vida e energia aos 85 anos.(Teixeira, 2021).

Ainda (Teixeira, 2021). Descreve o envelhecimento como sendo natural e portanto, universal por ser apreendido como um fenómeno biológico, mas é também imediatamente um facto cultural na medida em que é revestido de conteúdos simbólicos. São esses conteúdos que informam as ações e as representações dos sujeitos.

Nos últimos anos vêm-se observando nos países desenvolvidos modificações na pirâmide de crescimento populacional, com aumento mais intenso das populações mais velhas, tornando se também uma realidade nos países em vias de desenvolvimento, cuja falta de estrutura de acolhimento não permite tratamento adequado desse grupo social (OMS, 2002).

Novos relatórios da ONU afirmam que até 2050, 80% dos idosos do mundo virão de países em desenvolvimento, mas também, muitas zonas da África estão em constante crescimento e à medida que a expectativa de vida aumenta a fertilidade diminui, daí que sugere-se que, em 2050, a maioria dos países africanos duplique a população idosa. Em Moçambique, segundo as mesmas projeções, estima-se que a população idosa (com 60 ou mais anos) poderá aumentar de 5% para 8% até 2050, (Azevedo, 2016; Quaresma, & Ribeirinho, (2016); Assunção et al 2020), e por esse motivo defende-se a criação medidas urgentes pelos governos para tratar das necessidades da crescente geração de pessoas idosas. Pois, se compreende que ser activo e participativo após os 60 anos, de acordo com as próprias limitações e potencialidades, não pode ser considerado como um privilégio conquistado pelo indivíduo, mas um direito que o estado deve garantir a seus cidadãos e a sociedade tem o dever de promover um ambiente no qual seus idosos possam desfrutar de direitos e oportunidades, após uma vida dedicada à construção dessa mesma sociedade (Costa, 2021).

No entanto, apesar de se estar a observar um significativo aumento do número de pessoas idosas em todo o mundo, para. Azevedo, (2016); Quaresma, & Ribeirinho, (2016); Assunção et al 2020) o envelhecimento não é considerado um problema, mas um processo do ciclo vital que deve ser vivido de uma forma saudável e autónoma o maior tempo possível e para isso, é necessário que as pessoas idosas se envolvam na vida social, económica, cultural, espiritual e civil, para que envelheçam de uma forma activa e saudável.

No entanto, o aumento da população idosa gera necessidades de mudanças na estrutura social para que estas pessoas, ao terem suas vidas prolongadas, não fiquem distantes do seu espaço social, em relativa alienação, inatividade, incapacidade física, dependência e consequentemente com os indicadores de qualidade de vida fora dos padrões aceitáveis.

É desta forma a OMS adoptou o termo de “envelhecimento activo” no final dos anos 90. Segundo esta organização o “envelhecimento ativo” consiste no processo de consolidação das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, com o intuito de melhorar a qualidade de vida, à medida, que as pessoas envelhecem. Pois para este órgão, o aumento da esperança média de vida significa, aumento de várias oportunidades para os idosos, famílias e sociedades, mas o seu desenvolvimento efectivo depende de um factor determinante, que é a saúde. Nesse sentido, o foco é promover uma qualidade de vida “saudável” nessa população e capacitá-la a adoptar um, estilo saudável e cultura de prática de actividade física aumentando deste modo a sua capacidade de permanecer activo. OMS,(2002); WHO, (2015); Assunção, et al. (2020).

E uma das estratégias adotadas pelos governos para minimizar a falta de cuidado e a vulnerabilidade do idoso é a criação de centros de acolhimento da pessoa idosa que possam fornecer actividades que ajudem o idoso de ponto de vista de integração social e melhora de qualidade de vida.

No entanto, existe um número reduzido de instalações para idosos em Moçambique e a maioria delas são inadequadas, embora existam modelos de cuidados, bem como políticas de apoio social e de saúde para idosos, ainda existem iniquidades/desigualdades no acesso a essas políticas, especialmente para as populações mais desfavorecidas. WHO,(2018) & Assunção et al. (2020).

Ademais, devido a elevada carência de cuidados de saúde especializados para atender às reais necessidades dos idosos, e a escassez de profissionais de saúde principalmente em países em

via de desenvolvimento e em particularmente em Moçambique, não contribui favoravelmente para o alcance desses objectivos .WHO, (2018); Assunção et al. (2020).

Por essa razão que as pessoas idosas devem compreender e aproveitar os anos conquistados de experiências, de maturidade, de serenidade, e aceitarem esta etapa culminante do desenvolvimento humano, para tal, mostra-se importante a não sonegação das mudanças fisiológicas que ocorrem ao longo da vida. Dziechciaz, & Filip (2014).

Diante das constatações acima, fica evidente que, de entre as estratégias de cuidado à saúde do idoso, o acesso aos programas de actividade física afigura-se como uma das alternativas adequadas e recomendadas para o idoso, sobretudo com fragilidades e risco de queda, pois, atuam no sentido de reverter as limitações associadas ao aumento da idade .Cunningham et al. (2020) Harris et al. (2024).

Pois envelhecimento é acompanhado pela diminuição progressiva na capacidade de realizar esforços físicos, devido em grande parte, ao declínio da capacidade funcional e autónoma ao longo da vida, e ele, varia de pessoa para pessoa, e possui origens genético-biológicas, sócio históricas e/ou psicológicas, o envelhecimento é um dos maiores triunfos da humanidade conforme a. Tavares et al., (2016); Peixoto et al., (2018); Chan, (2015) dia que há uma enorme necessidade de se investigar o nível de actividade física de idosos e centro de acolhimento, pois é vista como um elemento bastante importante para a saúde, pois ela traz benefícios a longo prazo.Tavares et al., (2016)

Ela previne, primária e secundariamente, os agravos degenerativos de várias doenças através da melhora da aptidão aeróbica e musculoesquelética, otimização do pico de massa óssea, redução da gordura corporal e do risco de doenças metabólicas e cardiovasculares, pelo controle dos níveis de lipídios, lipoproteínas e homeostasia glicêmica.Andersen et al.,(2011), Berman et al., (2012).

No entanto segundo Prista et al. (2016) no seu estudo sobre pesquisa em Moçambique no domínio da actividade física: uma revisão do estado da arte referem que investigações de actividade física em populações adultas africanas, são bastante reduzidos. Apesar da contribuição científica metodológica das anteriores investigações ainda persiste insatisfação em relação a atenção aos idosos nos centros de acolhimentos.

Por outro lado, face ao envelhecimento da população e da evidência que as pessoas vivem durante mais tempo e com mais doenças crónicas é particularmente pertinente a abordagem

da qualidade de vida nas pessoas idosas. Fonseca e Paúl, (2008). E para elem disso, essas pessoas que se encontram nos centros de acolhimentos encontram-se afastados de suas famílias o que pode trazer problemas psicológicos causados pelo isolamento, mudança na sua rotina diária, saudade da família, daí que pode ocorrer modificações na saúde e qualidade de vida.

Para a World Health Organization WHO,(2001) a qualidade de vida é um conceito muito amplo e subjetivo, que compreende de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e o seu relacionamento com o meio ambiente.

É nesta ordem de ideia que o presente estudo se propõe a avaliar o nível de actividade física de idosos em centros de acolhimentos, com enfoque para os centros de acolhimento de idoso de Lhanguene e no lar nossa senhora dos desamparados.

1.2 PROBLEMATIZAÇÃO

A população mundial está envelhecendo e os principais fatores que vêm contribuindo para a longevidade, ou seja, para o prolongamento da vida do indivíduo tem sido a queda da fecundidade, da redução das taxas de mortalidade, do aumento da expectativa de vida, do progresso da ciência e da medicina, bem como da melhoria das condições de vida. Tem sido estes.Campos et al.,(2023).

Este processo de envelhecimento populacional tem trazido um enorme encargo para os governos pois é na idade avançada onde é observada maior surgimento da maior parte de doenças degenerativas, obrigando os dirigentes a estabelecer novas políticas públicas que promovam uma vida mais saudável e segura para todas as pessoas idosas, a fim de que possam vivenciar o envelhecimento com mais autonomia, independência, participação, com boa saúde física e mental, enfim, com um envelhecimento ativo e saudável .Campos, (2023).

Uma das estratégias adotadas pelos governos como forma de proporcionar um estilo de vida com dignidade para a pessoa idosa e proporcionar uma qualidade de vida aceitável é a criação de centros de acolhimento para o idoso. No entanto para os países em vias de desenvolvimento, para além de reduzido número de estabelecimentos para prestar os cuidados ao idoso também se debatem com a falta de pessoal especializado para a prestação deste serviço, colocando dessa forma fora destes cuidados a maioria dos idosos desses países.

Essa escassez de instituições tanto em número como em condições adequadas para o cuidado de idosos e também de pessoal especializado para um serviço adequado que possam proporcionar uma vida de integração social que inclua a prática de actividades produtivas e de lazer e que colaboram para a melhoria da qualidade de vida é um fenómeno amplamente observado em Moçambique.

Dai que a realização de estudos que verifiquem exaustivamente o estilo de vida dos idosos em centros de acolhimento são de extrema importância pois podem trazer um melhor entendimento sobre a saúde deste grupo populacional e por esta via poder abrir caminho para o desenho de estratégias que possam melhorar a atuação dos profissionais e fornecer uma melhor qualidade de vida para os sujeitos.

1. Pois segundo, Silva et al., (2018) a busca por respostas de qualidade de vida tem sido nossa maior preocupação, verificar a qualidade de vida de idosos nos centros de acolhimentos, pode de certa forma trazer-nos respostas para a materialização de um programa a longo prazo da área de actividades a serem implementadas nesses locais.

1.3 PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

Os elementos enumerados anteriormente permitem colocar como problema de pesquisa: Qual é o nível de actividade física e de qualidade de vida de idosos dos centros de acolhimento a velhice de Lhanguene e lar de nossa senhora dos desamparados?

1.4 OBJECTIVOS

1.4.1 OBJECTIVO GERAL

Avaliar o nível de actividade física e qualidade de vida em idosos nos centros de acolhimento

1.4.2 Objectivos específicos

- Descrever as características sociodemográficas dos idosos nos centros de acolhimento de lar nossa senhora dos desamparados e CAV de lhanguene;
- Determinar o nível de prática de actividade física dos idosos nos centros de acolhimento lar nossa senhora dos desamparados e CAV de lhanguene;
- Descrever o nível de qualidade de vida em idosos nos centros de acolhimento lar nossa senhora dos desamparados e CAV de lhanguene;

- Relacionar o nível de actividade física e qualidade de vida os idosos nos centros de acolhimento lar nossa senhora dos desamparados e CAV de lhanguene.

1.5. PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO

1. Quais são os fundamentos teóricos relacionado aos níveis de actividades físicas e qualidade de vida em idosos institucionalizados em centro de acolhimento para idosos?
2. Qual é o nível atual de Actividades físicas da pessoa idosa no CAV Lhanguene e lar nossa senhora dos desamparados?
3. Qual é o nível qualidade de vida dos idosos nos centros de acolhimento, lar nossa senhora dos desamparados e CAV Lhanguene.

1.6 JUSTIFICATIVA

A literatura em todo mundo tem reportado um crescimento exponencial da população idosa, como resultado de uma melhoria das condições de saúde e um consequente aumento de esperança de vida. Todavia esse aumento de esperança de vida e de número de pessoas idosas vem trazendo grandes desafios para os governos em cuidados desse grupo populacional, pois muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis, estados permanentes ou de longa permanência que requerem acompanhamento constante, pois, em razão da sua natureza, não têm cura. Essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e, frequentemente, estão associadas (comorbidades) podendo gerar um processo incapacitante, afectando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas actividades cotidianas de forma independente .Azevedo (2016)., WHO (2018)., Costa et al., (2021).,Campos et al., (2023).

E para oferecer cuidados mais adequados para a realidade de idosos em muitas sociedades tem se criado os centros de acolhimento para idosos onde esses tem recebido os referido cuidados. No entanto em muitos casos essas instituições não possuem condições adequadas tanto em infraestruturas assim como em pessoal de apoio.

Um dos problemas cruciais que tem se encontrado nestes centros de acolhimentos é a falta de um profissional de saúde física que possam ajudar no melhoramento do condicionamento físico e consequentemente na saúde e qualidade de vidas dos idosos.

Por outro lado o nível de actividade física e a qualidade de vida neste grupo populacional ainda é pouco estudada em Moçambique tendo como algumas referencias os estudos de Daga et al. (2015); Naete.,(2021) e Chavane et al., (2024).

Diante destas constatações, justifica-se a realização do presente estudo que tem como principal objectivo avaliar o nível de actividade física e qualidade de vida de idosos nos centros de acolhimento, como forma de trazer uma base sustentada para criação de programa de saúde e quiçá que inclua a prática regular de actividade física para este grupo populacional.

Para além disso, segundo Marconi e Lakatos., (2017), várias oportunidades podem ser motivo para a redação de um trabalho científico, neste caso dissertação, o presente estudo tem três (3) relevâncias nomeadamente: a primeira, a científica ou académica, a segunda, social e a terceira, pessoal ou do pesquisador.

Na dimensão pessoal a pesquisa contribuirá com várias informações de grande pertinência na compreensão de um fenómeno social de atualidade em nosso país. A prática de actividade física (AF) tem constituído uma das maiores satisfações pessoais como estudante de ciências do desporto e consideramos este tema de vigência e atualidade.

Na dimensão social, pretende-se transmitir conhecimento à sociedade em geral e em especial aos praticantes de actividades físicas, profissionais das ciências do desporto e em particular a grupos afins a prática de AF organizada nas comunidades em especial a participação a indivíduos da terceira idade.

Na Dimensão académica relevância académica desta investigação os indivíduos que desempenham em âmbitos das Ciências de Desporto terão uma ferramenta dirigida a acrescentar o acervo cultural por forma a encaminhar novas análises que ajudem a verificar, orientar e constatar novos pontos de vista em relação ao fenómeno que se estuda nesta pesquisa.

No que concerne ao conhecimento científico, a futura pesquisa ira preencher as lacunas existentes no âmbito teórico. Novos desafios são apurados no mundo da Ciência do Desporto e o tema em referência molda elementos básicos que ajudam a discernir estudos centralizados no tema desenvolvido.

CAPÍTULO II - REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ACTIVIDADE FÍSICA

Retornando aos primórdios da humanidade, podemos dizer que durante o período da pré-histórico o homem dependia de sua força, velocidade e resistência para sobreviver, as constantes migrações em busca da sua sobrevivência, faziam com que realizasse longas caminhadas ao longo das quais lutava, corria e saltava, ou seja era um ser extremamente activo fisicamente. Quixabeira., (2021).

Mais tarde, na antiga Grécia, a actividade física era desenvolvida na forma de ginástica, estas actividades eram desenvolvidas com fins bélicos (treinamento para as guerras). No início do século XIX, surgem diversos métodos de exercícios físicos propostos por diferentes autores. A actividade física faz parte do dia a dia e traz diversos benefícios, como o controle do peso e da melhoria da qualidade de vida, do humor, da disposição, da interação com as outras pessoas e com o ambiente. De Mello., Ribeiro., & Okuyama. (2020)

A partir da década de 80, outros ramos do saber, especialmente as Ciências Humanas passaram a estudar atividade física em uma visão mais ampla, priorizando a multidisciplinariedade, onde o homem, cada vez mais, deixa de ser percebido como um ser essencialmente biológico para ser concebido segundo uma visão mais abrangente, onde se considera os processos sociais, históricos e culturais para a pratica de atividades física deste modo, são vários os conceitos referidos pelos autores consultados_ sobre definição de actividade física (AF), porem para a nossa investigação tem mais relevância a definição referida por. Caspersen et al., (1985), ACSM (2014) , Bull et al., (2020) , Porto. et al (2023) que definem Actividade Física como qualquer movimento corporal, produzido pelos músculos esqueléticos, que resulta em um gasto energético maior do que os níveis de repouso, como caminhada, dança, jardinagem e subidas e descer escadas etc.

Actividade física é um comportamento que envolve os movimentos voluntários do corpo, com gasto de energia acima do nível de repouso, promovendo interações sociais e com o ambiente, podendo acontecer no tempo livre, no deslocamento, no trabalho e nas tarefas domésticas dança. De Mello., Ribeiro., & Okuyama. (2020)

Para (Nahas, 2013), Porto, Azevedo, Molina, Guedes, Nahas, Hallal, & Matsudo, (2023) pode ser ainda definida em duas vertentes, relacionada à saúde e à performance Segundo este autor, a primeira contempla atributos Biológicos (força e resistência muscular, flexibilidade, capacidade aeróbica, controle ponderal) que oferecem alguma proteção ao aparecimento de distúrbios orgânicos provocados pelo estilo de vida sedentário; a segunda

relacionada à performance ou Aptidão física que envolve uma série de componentes relacionados ao desempenho laboral ou desportivo, como a agilidade, o equilíbrio, a coordenação, a potência e a velocidade de deslocamento e de reação muscular.

A performance ou Aptidão física sofre interferência de uma série de fatores, dentre os quais se incluem o nível habitual de atividade física, a dieta, o estilo de vida o ambiente em que vivemos e a hereditariedade. Tanto a prática regular de atividades físicas quanto o sedentarismo (inatividade física) podem provocar adaptações (positivas ou negativas) no organismo das pessoas. (Caspersen; et al 1985)

Daca,et al.(2016).no seu estudo revela que em Moçambique, estudos do exercício físico (EF), actividade física (AF) e saúde do idoso são recente, estando voltado para a compreensão da composição corporal (CC), do nível da actividade física (NAF), da aptidão funcional (ApF) e da qualidade de vida (QV).

Estudos epidemiológicos demonstram que a inatividade física aumenta substancialmente a incidência relativa de doença arterial coronariana (45%), infarto agudo do miocárdio (60%), hipertensão arterial (30%), câncer de cólon (41%), câncer de mama (31%), diabetes do tipo II (50%) e osteoporose (59%). As evidências também indicam que a inatividade física é independentemente associada à mortalidade, obesidade, maior incidência de queda e debilidade física em idosos, dislipidemia, depressão, demência, ansiedade e alterações do humor. Segundo, ACSM (2009, 2018).

Num outro estudo realizado por Lima-Costa, Barreto, Giatti (2003) referido por Maciel, (2010). investigaram as condições de saúde do idoso brasileiro (N=28.943). A prevalência de relato de DNT encontrada foi de 69%. As principais doenças relatadas pelos indivíduos participantes do estudo foram: hipertensão arterial (43,9%), artrite (37,5%), doenças do coração (19,0%) e diabetes (10,3%). Essas doenças tendem a se manifestar de forma ainda mais expressiva quanto maior for a idade e associadas ao nível de inatividade física dos idosos.

Desta feita a, ACSM (2009). Gualano, & Tinucci, (2011). Oms (2016) Referem que a prática de atividade física e o exercício previnem efetivamente a ocorrência de eventos cardíacos, reduzem a incidência de acidente vascular cerebral, hipertensão, diabetes do tipo II, cânceres

de cólon e mama, fraturas osteoporóticas, doença vesicular, obesidade, depressão e ansiedade, além de retardarem a mortalidade. Indubitavelmente, a inatividade física é um dos grandes problemas de saúde pública na sociedade moderna, sobretudo quando considerado que cerca de 70% da população adulta não atinge os níveis mínimos recomendados de prática de atividade física. Gualano., & Tinucci, (2011).

Os benefícios da atividade física para a saúde têm sido amplamente documentados e esses benefícios incluem:

Redução no risco de morte por doenças cardiovasculares; Redução no risco de desenvolver diabetes, hipertensão e câncer de cólon e mama; Melhoria do perfil-lipídico; Melhoria do nível de saúde mental; Melhoria das capacidades funcionais músculo esquelética e preservação da independência de idosos; Correlações favoráveis com redução do tabagismo e abuso de álcool e drogas aumenta o bem-estar e a autoestima. OMS (2016).

No que tange à prática de atividade física, recomenda-se que indivíduos de todas as idades devem incluir um mínimo de 30 minutos de atividade física de intensidade moderada (como caminhada) na maioria ou em todos os dias da semana. O aumento da atividade física deve ser gradual, 10 minutos 3x/ semana até 30-60 minutos 3x/semana ou diariamente. Gualano, & Tinucci, (2011).

As Diretrizes de 2020 da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre Atividade Física e Comportamento Sedentário, recomendam que os adultos mais velhos pratiquem regularmente atividade aeróbica, reforço muscular, bem como a atividade física que incorpora o treino da força e do equilíbrio para melhorar a função física e prevenir quedas (WHO 2018).

No entanto, os adultos mais velhos apresentam taxas mais elevadas de inatividade física, sendo que 19-25% dos adultos com idades compreendidas entre os 60 e os 69 anos e 42-59% dos adultos com 80 anos ou mais não cumprem as diretrizes de atividade física. (WHO 2018).

Pinheiro, Oliveira, Baldwin, Hassett, Costa, Gilchrist ... & Telemann, (2022)

O Plano de Ação Global da OMS para a Atividade Física (GAPPA) lançado pela WHO (2018), estabeleceu quatro objectivos políticos estratégicos (Sociedades Activas, Ambientes Activos, Pessoas Activas e Sistemas Activos) e 20 acções políticas recomendadas que são aplicáveis a todos os países e que visam abordar os determinantes sociais, culturais, ambientais e individuais da inatividade física. Para ajudar os países a adotar, adaptar e implementar as 20 recomendações políticas do GAPPA nos contextos locais, a OMS está a

desenvolver um conjunto de ferramentas técnicas com orientações de implementação para abordagens, contextos e populações fundamentais. Pinheiro, et al (2022)

Segundo as diretrizes renomadas, como o “Guidelines for Exercise Testing and Prescription” e o “Guia de Atividade Física (AF) para a População Brasileira” o sedentarismo é classificado por não contemplar pelo menos 150 minutos por semana de atividade física de intensidade moderada (como caminhada rápida) ou pelo menos de 75 minutos por semana de atividade física (AF) vigorosa (como corrida); assim como, pelo menos de 10.000 passos por dia. Pereira, Vilarta, de Oliveira, Monteiro, Passos, & Júnior (2024).

Os programas de orientação nas actividades de exercícios físicos aos indivíduos devem adotar uma linguagem clara e objetiva a fim de que incorporem a prática de exercícios físicos no seu cotidiano como caminhar, subir escadas, realizar actividades domésticas dentro e fora de casa, optar sempre que possível por não usar meios de transporte nas funções diárias de mobilidade. Gualano, & Tinucci (2011).

Vários estudos mostram que indivíduos que passam de um estilo de vida sedentário para um comportamento fisicamente ativo, ou que deixam de ser fisicamente inaptos para serem fisicamente aptos, experimentam taxas mais baixas de doença e mortalidade prematura, em comparação com aqueles que continuam sendo sedentários ou inaptos. ACSM (2009). Gualano., & Tinucci., (2011). OMS (2016)

2.2 RELAÇÃO, ACTIVIDADE FÍSICA E SAÚDE

A relação entre AF e saúde tem início na era das doenças crônicas não transmissíveis, como fatores multi-causais de risco, o sedentarismo aparece como fator determinante de agravos à saúde. Desta forma, a atividade física relacionada à saúde, no contexto das redes multi-causais, aparece como um dos fatores que pode modificar o risco dos indivíduos para desenvolver precocemente doenças de origem hipocinética. ACSM (2009,2018).

Estudos epidemiológicos indicam que grande parte da população não atinge as recomendações atuais quanto a prática de actividades físicas. Estudos que avaliam apenas as atividades físicas realizadas no tempo de lazer encontram prevalências de sedentarismo ainda mais elevadas.

Segundo, dos Santos, & de Santana, (2023), a inatividade física representa uma causa importante de reduzida qualidade de vida e morte prematura nas sociedades contemporâneas, particularmente nos países industrializados. O número de mortes associadas à inatividade física pode ser estimado combinando-se o risco relativo deste comportamento com a prevalência (número de casos) numa população. Considerando, por exemplo, as doenças do coração, o risco de ocorrência de um infarto é duas vezes maior para indivíduos sedentários quando comparados com aqueles regularmente activos.

Exercícios, mesmo que em graus moderados, têm efeito protetor contra a doença arterial coronariana e sobre todas as causas de mortalidade e uma série de outros benefícios: A redução de cifras na hipertensão arterial sistêmica e auxílio na baixa do peso corporal. Com o uso do método epidemiológico na investigação clínica, a prevenção vem crescendo e criando conceitos e linhas de conduta para as doenças crônicas não transmissíveis. Diante dos novos conhecimentos sobre os fatores agravantes das doenças cardiovasculares, com a adequada divulgação e aplicação prática das medidas de prevenção primária e secundária, serão obtidas reais diminuições na incidência das doenças cardiovasculares. de Oliveira Ferrasso, & Nunes, (2022).

Na actualidade, os principais estudos sobre epidemiologia a Actividade Física para a saúde do idoso continua a ser bastante discutida, ganhando maior problematização frente à inatividade que tende a aumentar com a idade. Os idosos contemporâneo utiliza cada vez menos as suas potencialidades corporais e sendo que o baixo nível de atividade física é fator fundamental para o surgimento de doenças degenerativas deste modo, sustenta-se a hipótese da necessidade de se promoverem mudanças no seu estilo de vida dos idosos, levando-os a incorporar a prática de atividades físicas ao seu cotidiano. Daga, (2015).

A prevalência da inatividade populacional é de 31% (34% mulheres e 28 % homens) com a seguinte distribuição: 43,3% nas Américas; 43,2% no Mediterrâneo; 34,8% na Europa; 33,7% no Pacífico; 27,5% na África e 17,0% no Sudoeste da Ásia, situação compatível com o comportamento sedentário que atinge 41,5% da população (64,1% na Europa; 55,2% nas Américas; 41, 4% no Mediterrâneo; 39,8% no Pacífico; 37,8% na África e 23,4% no Sudoeste da Ásia). Esses resultados indicam de que há cada vez mais pessoas que têm passado 4 ou mais horas diárias sentadas com particular destaque para os indivíduos com 60

ou mais anos de idade. Daga, (2015).Hallal, Andersen, Bull, Guthold, Haskell, & Ekelund (2012). Sousa, & Gadelha (2023).

Este facto indica a importância que a actividade física tem atingido no mundo como uma excelente estratégia de prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis e promoção da saúde. Compreendendo que o estímulo à atividade física é prioritário no controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e que a mudança de padrões comportamentais requerem medidas abrangentes e intersectoriais, a Organização Mundial da Saúde propôs a implementação da Estratégia Global para Dieta, Actividade Física e Saúde.

O Plano de Ação Global da OMS para a Atividade Física (GAPPA) lançado pela WHO (2018), estabeleceu quatro objectivos políticos estratégicos (Sociedades Activas, Ambientes Activos, Pessoas Activas e Sistemas Activos) e 20 acções políticas recomendadas que são aplicáveis a todos os países e que visam abordar os determinantes sociais, culturais, ambientais e individuais da inatividade física. Para ajudar os países a adotar, adaptar e implementar as 20 recomendações políticas do GAPPA nos contextos locais, a OMS está a desenvolver um conjunto de ferramentas técnicas com orientações de implementação para abordagens, contextos e populações fundamentais. Pinheiro, et al (2022).

Na atualidade, saúde está directamente relacionado não apenas com a ausência de doenças , ela se identifica com uma multiplicidade de aspectos do comportamento humano voltados a um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Pode-se também, definir saúde como uma condição humana com dimensões física, social e psicológica, cada uma caracterizada por pólos positivo e negativo. A saúde positiva estaria associada com a capacidade de apreciar a vida e de resistir aos desafios do cotidiano. Pinheiro, et al (2022).

Em uma publicação de 2000, a Organização das Nações Unidas(OMS) reforça o conceito de saúde apontando quatro condições para que um estado assegure a saúde do seu povo; disponibilidade financeira, acessibilidade e qualidade do serviço de saúde pública do país.

No contexto Moçambicano, a Constituição de 1994 considera a saúde direito de todos e dever do Estado. Para garantir esse direito, criou o Sistema Nacional de Saúde (SNS), que se baseia em três pilares: universalidade, igualdade de acesso e integralidade no atendimento. A criação do SNS foi indiscutivelmente uma grande conquista democrática. Antes dele, apenas pessoas

com vínculo formal de emprego ou que estavam vinculadas à previdência social poderiam dispor dos serviços públicos de saúde. MISAU (2023) ;

Para MISAU (2023), o Sistema Nacional de Saúde de Moçambique é composto por três subsistemas, que se interligam e se complementam, a saber:

- a) Subsistema Público de Saúde, designado por Serviço Nacional de Saúde (SNS);
- b) Subsistema Comunitário de Saúde (público e privado);
- c) Subsistema Privado de Saúde (lucrativo e não-lucrativo).

A Política de Saúde promove a implantação, expansão e apetrechamento de infra-estruturas de saúde públicas, privadas e comunitárias resilientes e inovadoras, obedecendo aos padrões definidos pelo Ministério da Saúde.

2.3 ACTIVIDADE FÍSICA EM IDOSOS

Uma das coisas mais maravilhosas deste mundo é ver pessoas adultas, entre 60 ou 90 anos, envelhecer saudavelmente, com autonomia e capacidade para resolver, sozinhos, as suas próprias coisas, para viverem de forma independente e activa suas vidas sem se abalarem com o envelhecimento e com o que representa, sem deixar que esta fase de vida possa interferir no prosseguimento do ritmo natural da vida. É importante ressaltar que, a prática regular de atividade física (PRAF) é fundamental em qualquer idade e tem sido considerada um meio de preservar e melhorar a saúde e a qualidade de vida do ser humano. Bull et al., (2020) e ACSM (2014, 2018)

Os idosos que praticam exercícios físicos, apresentam melhor qualidade de saúde e de vida, em relação aos não praticantes. Percebe-se que os idosos que participam de programas de intervenção e praticam atividades físicas mesmo irregularmente, tem um ganho positivo em relação à qualidade saúde e de vida do que os institucionalizado. Freitas; Lélis; Filho, (2014). Sousa, de Sousa Alex, Alves, de Sousa, Gurgel, Brito, ... & Vieira, (2019)

É perceptível a importância da prática de exercício físico e, também os fatores nela inseridos e que, traz resultados positivos, assim, contribuindo para o fortalecimento muscular do idoso e preservando sua autonomia .Daca et al. (2015); Naete (2021) e Chavane et al. (2024).

Tratando se em qualidade de vida dos idosos através de exercícios físicos, é preciso lembrar que saúde não é apenas uma questão de assistência médica e de acesso a medicamentos. A promoção de "estilos de vida saudáveis" é encarada pelo sistema de saúde como uma ação estratégica, alguns aspectos são facilitadores para a incorporação da prática de atividade

física, como o incentivo, e massificação de programas específicos de actividade física e, principalmente, a orientação da população idosa a incorporar um estilo de vida mais saudável e ativo. Sousa, et al. (2019), Bull et al., (2020)

Actualmente, a compreensão da atividade física em idosos é mais abrangente, considerando não apenas os aspectos biológicos, mas também os psicológicos e sociais. Essa perspectiva reconhece que a decisão de praticar atividade física é influenciada por fatores como idade, gênero, cultura, nível socioeconômico, experiências passadas e apoio social. OMS, (2014), ACSM (2009).

A Organização Mundial de Saúde OMS, (2014), caracteriza atividade física como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que demandam gasto energético, envolvendo tarefas domésticas, jogos, atividades de lazer, viagens, jardinagem, subir escadas, dentre outras atividades. Sua prática é essencial para qualquer idade, o que é apontado como meio de manter uma boa qualidade de vida assim como manter a saúde. Nota-se que a prática da atividade física recai com o avançar da idade, que consequentemente torna boa parte da população idosa inativa fisicamente ou sedentária. Segundo a OMS (2014).

De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) é considerado idoso, todo homem ou mulher acima de 60, anos para países em desenvolvimento ou acima de 65 anos para países desenvolvidos. Esta definição permite compreender que o termo pessoa idosa varia de acordo com o contexto socioeconómico, nos países desenvolvidos tem uma definição distinta dos países em desenvolvimento. Com uma definição complementar a da OMS, o Governo de Moçambique considera pessoa idosa o indivíduo maior a 55 anos de idade sexo feminino, e maior de 60 anos de idade sexo masculino. BR,(2002).

Apesar do envelhecimento da população moçambicana ser embrionário, de facto, ele já está em curso, resultante do processo de transição da mortalidade de níveis elevados para níveis progressivamente baixos. Em todo mundo a população idosa esta a aumentar exponencialmente segundo as projeções das Nações Unidas.UN, (2019), fenómeno este que está sendo associado ao sedentarismo e à inatividade física. Esse quadro sociodemográfico preocupa as organizações que trabalham em prol da saúde por influenciar de forma negativa na prevalência mundial de doenças hipocinéticas e aumento dos custos de assistência sanitária a pessoas idosas deste modo, as pessoas da terceira idade trazem em paralelas doenças associadas a hipocinética. Dipietro et al., (2020).

Segundo dados das Nações Unidas (UN, 2019), a estimativa da população mundial é de cresça para 9,7 bilhões de pessoas em 2050, sendo 32% composta por idosos acima de 60 anos. Os impactos dessa estimativa demográfica se concentram em diversos setores do ponto de vista econômico, político, social e ambiental. Isso porque a presença crescente de pessoas idosas impõe novos desafios na implementação de ações de prevenção e cuidados especiais, formação de políticas públicas e ambientais, ofertas de serviços de transporte, habitação, segurança, educação, trabalho, emprego, saúde, previdência e assistência social .Sampaio, (2020);& De Oliveira, (2020)

Observa se também nos países desenvolvidos modificações na pirâmide de crescimento populacional, com aumento mais intenso das populações mais velhas, tornando se também uma realidade nos países em vias de desenvolvimento, cuja falta de estrutura de acolhimento não permite tratamento adequado desse grupo social.

Dados demográficos do Instituto Nacional de Estatística. INE (2024), indica que a população moçambicana actual é cerca de 34.755.175, Apenas cinco por cento dos Moçambicanos tem 60 ou mais anos de idade e menos de um por cento tem 85 ou mais anos de idade. INE (2024).

O envelhecimento da população tem grande impacto na sociedade no geral e exige uma série de adaptações para dar resposta às necessidades que daí advêm. Segundo a World Health Organization .WHO, (2015), o envelhecimento ativo e saudável da população define-se como a otimização das oportunidades na área da saúde, participação e segurança, melhoria da qualidade de vida no processo de envelhecimento, desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional (interação das capacidades intrínsecas, físicas e mentais, da pessoa como meio), contribuindo para o bem-estar das pessoas que estão a envelhecer. OMS (2015).

Num processo normal de envelhecimento existe detioração das funções cognitivas devido à idade, como diminuição da capacidade de memória, das funções executivas e da velocidade do processamento cognitivo, no entanto quando esse detioração põe em causa a independência e a vida social do idoso, o processo de envelhecimento passa a ser encarado como patológico , De Oliveira, (2020).

No entanto vezes sem conta idosos são alocados em centros de acolhimentos, estas instituições são alternativas encontradas por diversas razões, por constituir fardo para os familiares, o abandono dos idosos por parte destes é cada vez mais comum nos dias atuais.), constataram que grande parte dos idosos institucionalizados não têm ninguém responsável

por eles ou foram abandonados, por diversas razões, existindo um elevado número de idosos solteiros e viúvos nas instituições. De Oliveira, .(2020).

A decisão de institucionalização é, ainda, a última alternativa para as pessoas idosas, sendo que essa iniciativa poderá partir do próprio idoso ou por parte dos filhos. Almeida & (Rodrigues., Rocha., Vasconcelos., & de Oliveira Diniz. 2015), num estudo realizado constataram que a decisão de institucionalização, parte, na maioria das vezes do idoso, e que os motivos principais dessa tomada de decisão eram a solidão acusação de feitiçaria, e problemas de saúde.

Num outro estudo realizado por, Rodrigues et al., (2015) , constatou-se que tanto a perda da autonomia como os aspetos cognitivos são preditores que levam os familiares do doente a considerarem a hipótese de institucionalização. Um idoso, que apresente total dependência física, como por exemplo um idoso com doença de Alzheimer em fase terminal, provoca um grande desgaste nos cuidadores, o que leva na maioria das vezes à institucionalização do idoso .

Com o avançar da idade é normal que haja uma diminuição no índice de qualidade de vida, pois existe uma maior possibilidade de aparecimento de problemas de saúde, maior dependência nas AVD's, maior isolamento e solidão, maior desgaste, maior prevalência de doenças crónicas, e, conseqüentemente um aumento no grau de dependência. Rodrigues.et al., (2015)

É importante que indivíduos institucionalizados sejam recomendados a prática dos exercícios e deve ser feita de forma lenta e gradual, sempre respeitando as limitações individuais do idoso. A modalidade de exercícios deve ser aquela que não imponha grande estresse ortopédico; deve ser de fácil acesso, conveniente e agradável ao grupo, proporcionado melhor adaptação e resposta fisiológica.segundo as recomendacoes do colegio americano de actividade fisica. ACSM (2009) e a OMS (2016).

Estes devam estar envolvidas em atividades físicas de intensidade moderada, e adaptado, entende se por actividade física adaptada (AFA) aquela aplicada em condições especiais, visando uma população especial que necessita de estímulos especiais de desenvolvimento motor e funcional. Também pode ser conceituada como a tarefas que envolve modificações ou ajustamentos das atividades tradicionais, para permitir que indivíduos com desvantagens participem com segurança de acordo com suas capacidades funcionais. E é definida como um programa diversificado de atividades de desenvolvimento, jogos, desportos e ritmos, adaptado aos interesses, às capacidades e limitações dos portadores de deficiência que não

podem participar com sucesso e segurança das rigorosas atividades do programa geral de actividade física (Committee on Adapted Physical Education, 1952).

A AFA possibilita ao educando a compreender as limitações e capacidades, auxiliando os praticantes a fazer mudanças dentro de si, respeitar as suas diferenças e limitações, trabalhar suas potencialidades, nunca os subestimar, vibrar com suas conquistas, motivá-los a dar novos passos e oferecer oportunidade para que eles possam desfrutar da alegria proporcionada pela prática recreativa e desportiva. A prática da AF é um direito de todos, e seus programas devem dar prioridade aos grupos menos favorecidos da sociedade. Gualano., & Tinucci., (2011),

2.4 BENEFÍCIOS DA PRÁTICA DE ACTIVIDADES FÍSICAS

Sabe-se que actividade física regular e um estilo de vida saudável contribuem muito para melhor qualidade de vida em qualquer idade. Portanto é de grande valia para a manutenção e a promoção da saúde, que a prática de AF seja uma constante em todos períodos da vida, dando sempre ênfase a continuidade após o início de um programa de exercícios. Segundo (OMS,2017)

Dados da Organização Mundial de Saúde OMS considera que a prática insuficiente de actividade física ocupa o quarto lugar entre os principais fatores de risco de mortalidade a nível mundial, acometendo um em cada três adultos, as pessoas com nível insuficiente de Actividade Física têm entre 20% e 30% mais risco de morbimortalidade comparado as pessoas que realizam pelo menos 30 minutos de AF na maioria dos dias da semana. Esses dados demonstram que 3,2 milhões de pessoas morrem por ano devido a inatividade física. (Oliveira et al, 2021)

De acordo com Palma, Araújo, & Rodrigues, (2023) desde o início do século XX, o estudo da fisiologia tem demonstrado que os exercícios físicos regulares podem de forma positiva modificar estrutura e o funcionamento do organismo em múltiplos aspectos. Prescrito de forma adequada, o exercício pode melhorar a aptidão física, prevenir e auxiliar no tratamento de diversas doenças de causa hipocinética.

A actividade física tem estimulado vários efeitos determinantes no que concerne ao bom funcionamento do organismo humano, como exemplo, no cérebro, estimula a libertação de substâncias como endorfina que melhora o funcionamento do sistema nervoso central, proporcionando sensação de bem-estar, elevando a autoestima, reduzindo sintomas depressivos e de ansiedade, além de melhorar o controlo do apetite. Daridó (2010).

Deste modo no percurso da vida é importante analisar e se atentar as transformações do corpo, sejam elas biológicas, físicas, psicológicas, vitais ao desempenho do ser humano, sendo essencial para isso, estabelecer metas para cuidar de si mesmo e quem sabe dos seus entes queridos. Sendo assim, devemos priorizar os benefícios que as actividades físicas nos trazem, principalmente através da sua prática diária ou semanal, realizando movimentos corporais para fugir do comodismo e do possível sedentarismo. Como cita Guedes *et al.* (2012.p. 75).

Os benefícios da prática de atividade física para a saúde têm sido amplamente documentados. Os principais benefícios biológicos, psicológicos e sociais proporcionados pelo desempenho da atividade física são:

Benefícios físicos :

Fortalece ossos e articulações;

Aumenta a flexibilidade e mobilidade;

Controle do peso corporal;

Combate o sedentarismo;

Promove a longevidade e um envelhecimento saudável

Reduz a gordura visceral;

Promove a sensação de bem-estar;

Benefícios mentais e emocionais:

Combate a ansiedade e a depressão ;

Diminuição da ansiedade, do estresse, melhora do estado de humor e da auto-estima;

Estímulo da cognição e da função cerebral;

Fortalece a auto estima e confiança;

Ajuda a dormir melhor;

Aumenta a disposição;

Melhoria da qualidade de vida;

Prevenção de doenças :

Reduz o risco de câncer (mama, colo-rectal, útero, esôfago, bexiga, pulmão, estômago e etc);

Redução do risco de doenças crônicas ;

Diminui o risco de diabetes;

Ajuda a controlar a glicemia;

Diminui o risco de doenças cardiovasculares (infarto, AVC e pressão alta);

Diminui os níveis de LDL (colesterol ruim);

Melhora a circulação sanguínea;

Melhor o sistema imunológico;

Ampliação do contato social, Correlações favoráveis com redução do tabagismo e abuso de álcool e drogas

Diminuição da ansiedade, do estresse, melhora do estado de humor e da auto-estima.

Rodrigues, Rocha, Vasconcelos, & de Oliveira Diniz, K. (2015). Nunes, (2017).

2.5 FACTORES ASSOCIADOS À PRÁTICA DE ACTIVIDADE FÍSICA

Em recente pesquisa divulgada pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (2009), os idosos paulistanos lideram o ranking dos que menos praticam atividades físicas. A pesquisa foi realizada com base em 2,6 mil entrevistas entre homens e mulheres na cidade de São Paulo e em outras 13 regiões do Estado. Das pessoas com 60 anos ou mais ouvidas na pesquisa, 28,9% não atendem às recomendações da OMS para a prática de atividades físicas.

Dados do Vigitel (Brasil, 2009) mostram que a prevalência de inatividade física em geral entre os indivíduos com mais de 65 anos de idade é de 52,6%, nos homens (51,7%) e nas mulheres (53,2%). Para se reduzir o índice de inatividade física, se faz necessário compreender o fenômeno da adesão a essas actividades.

Cassou et al. (2008) investigaram a percepção de barreiras em idosos de diferentes níveis socioeconômicos para a prática de atividades físicas. Os autores concluíram que a percepção das barreiras varia conforme o nível socioeconômico, sendo que os idosos de baixo poder aquisitivo (capacidade de adquirir), atribuem como barreiras às dimensões ambientais, psicocognitivas e emocionais; já os de maior poder aquisitivo alegam os fatores sociodemográficos e biológicos. Maciel, (2010), através de um estudo transcultural (EUA e Brasil), investigaram os motivos que levaram idosos a aderirem à prática da hidroginástica. Os resultados da pesquisa demonstram que 58% dos idosos no Brasil tiveram como principal motivo para iniciarem essa atividade a orientação médica; enquanto que 76% dos idosos nos EUA apresentaram como razão a preocupação em manter-se saudável. Os autores concluíram que as diferenças motivacionais encontradas nesses grupos estão relacionadas com o nível socioeconômico, a escolaridade (a população brasileira tinha menos anos de escolaridade do que a norte-americana), e às deficiências em programas públicos de incentivo à prática de actividades físicas no Brasil.

Em um estudo de Hallal, Andersen, Bull, Guthold, Haskell, & Ekelund,(2012) encontraram como principais barreiras à adesão às atividades físicas: a falta de dinheiro, a sensação de

cansaço, a falta de companhia e de tempo. Nessa amostra, entre os homens de 60 a 69 anos, as barreiras mais relatadas foram falta de dinheiro, o fato de possuir doença ou lesão, sentir-se muito cansado e o medo de lesionar-se. Também foi verificado que os indivíduos de alto nível socioeconómico relataram não praticar atividades físicas pelo fato de sentirem-se muito cansados, enquanto para os de baixo nível socioeconómico a principal barreira foi falta de dinheiro.

Num outro estudo realizado por Hallal, et al,(2012) ao realizarem uma pesquisa com idosos residentes na região metropolitana da capital paulista e em cidades do interior do Estado, constataram que as barreiras mais frequentes para idosos de ambos os sexos em cidades no interior foram: a) falta de equipamento; b) necessidade de repouso; c) falta de local; d) falta de clima adequado; e) falta de habilidade. Quando analisadas as barreiras relatadas pelos idosos moradores na grande São Paulo, prevaleceram as seguintes respostas: a) falta de equipamento; b) falta de tempo; c) falta de conhecimento; d) medo de lesão; e) necessidade de repouso. Segundo esses autores, fica claramente evidenciado que as barreiras diferem segundo o sexo e o tamanho da cidade, como também, que as mesmas estão ligadas à condição de saúde e a vontade do indivíduo.

Satariano, Haight, Tager (2000) investigaram o processo de envelhecimento e aptidão física em 2.046 indivíduos maiores de 55 anos e, identificaram que as mulheres reportaram mais barreiras para a prática da atividade física no tempo livre do que os homens e, as razões médicas/doenças aumentaram com a idade. Entre as primeiras cinco barreiras para a prática da atividade física nas mulheres foram citadas:

a) falta de companhia; b) falta de interesse (mais comum nas mulheres de 65 a 74 anos); c) fadiga; d) problemas de saúde; e) artrite. Nas mulheres maiores de 75 anos de idade problemas de saúde e funcionais, como medo às quedas, foram as principais barreiras mencionadas.

Para (Matsudo, Matsudo, Neto, 2001). ACSM (2009). e a OMS (2016). consideram que no geral, *ao se elaborar um programa de promoção da actividade física para o idoso deve-se levar em consideração a diversos factores associados a pratica de actividade física, como:*

Saúde Geral; e histórico de doença do idoso; avaliar a presença de condicoes medicas pré existentes. Como diabetes, cardiopatias , osteoartrites, entre outros para adaptar os exercícios e evitar riscos maiores.

Capacidade Física; , considerar a força muscular, flexibilidade, equilíbrio, resistência e coordenação motora dos idosos, para prescrever exercícios adequados ao seu nível de condicionamento.

Preferências e motivação; identificar os tipos de atividades físicas que o idoso gosta e se sente motivado a praticar , para garantir a adesão.

Fatores ambientais; e sociais , considerar o ambiente onde a atividade física será realizada, como condições de segurança do local e sua acessibilidade

Adaptação dos exercícios; adaptar a intensidade, duração e frequência dos exercícios de acordo com as necessidades e capacidades individuais, utilizando progressão gradual para evitar lesões e promover adaptação fisiológica.

Educação e orientação; fornecer informações claras e precisas e precisas sobre os benefícios da atividade física , os tipos de exercícios mais adequados e as precauções necessárias, além de incentivar a participação em grupo

Avaliação e acompanhamento, monitorar o progresso dos idosos, avaliar a eficácia do programa e realizar ajustes conforme necessário. (Matsudo, Matsudo, Neto, 2001). ACSM (2009). e a OMS (2016).

2.6 SEDENTARISMO E ACTIVIDADE FÍSICA EM IDOSOS

A crescente urbanização das sociedades Africanas tem evoluído para o crescimento do sedentarismo que começa a preocupar as autoridades sanitárias, a inatividade física traz consigo aspectos ligados à saúde da pessoa adulta, literalmente uma vida sedentária pode agravar doenças musculoesqueléticas, além de constituir um factor de risco para o aparecimento de doenças de origem hipocinéticas (OMS, 2011 e 2017).

Segundo Silva (2018) esses hábitos favorecem o risco de desenvolvimento de comportamentos sedentários possibilita, dessa forma, o surgimento precoce de patologias relacionadas às síndromes metabólicas, dentre elas a **hipertensão arterial e obesidade**, além de alterações nas concentrações de biomoléculas como colesterol, triglicéridos entre outros.

A Hipertensão Arterial é um importante problema de saúde pública no mundo, sendo ainda um dos mais importantes factores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal crónica. É responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral e por 25% das mortes por doença arterial coronariana.

Em combinação com o diabetes, representa 62,1% do diagnóstico primário de pessoas submetidos à diálise.

Entre as pessoas idosas, a hipertensão é uma doença altamente prevalente, acometendo cerca de 50% a 70% das pessoas nessa faixa etária. É um fator determinante de morbidade e mortalidade, mas, quando adequadamente controlada, reduz significativamente as limitações funcionais e a incapacidade nos idosos. A hipertensão não deve ser considerada uma consequência normal do envelhecimento. Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. Deve-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população mundial . Não há uma causa única para essas doenças, mas, vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A Hipertensão Arterial e o Diabetes mellitus representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento desse cenário.

A prevalência da hipertensão se correlaciona diretamente com a idade, sendo mais presente entre as mulheres e nas pessoas com sobrepeso ou obesidade. Por ser um problema silencioso deve ser investigado sistematicamente, mesmo em face de resultados iniciais normais.

A hipertensão arterial, segundo a oms e para, Luz, Silva-Costa, & Griep, (2021).Tualufo., Damasceno., & Tiago. (2022) é a pressão que o sangue exerce sobre as paredes das artérias e consiste na comparação, da variável pressão arterial sistólica e diastólica, usualmente medida em mmhg. ela é definida tendo em conta os valores da pressão arterial sistólica e diastólica. *ótima 120/80mmhg, normal 120-129/ 80-84mmhg, alta 130-139 /85-89mmhg.*

o diagnóstico é feito quando a média de duas ou mais medições da pressão arterial diastólica medida em pelo menos duas sessões subsequentes é maior ou igual a 90mmhg ou quando a pressão arterial sistólica PAS em pelo menos duas sessões de avaliação é igual ou superior a 140mmHg, ou seja, uma única medição não permite rotular o indivíduo de hipertensão, informa apenas que é necessária observação futura. (Mancia et al., 2013) (Garber et al., 2011) as doenças cardiovasculares por hipertensão arterial são as primeiras causas de morte no mundo. Tualufo Damasceno & Tiago (2022). Luz., et al (2021)

A falta de atividade física regular nos ser humano vem despertando interesse e dedicação na investigação de muitos epidemiologistas, que a cada dia comprovam mais os riscos que

representam para a pessoa. Segundo a OMS (2014), a inatividade física e o sedentarismo são considerados o quarto fator de risco para mortalidade, uma pessoa inativa fisicamente tem de 20 a 30% maior risco de mortalidade comparado a uma pessoa que pratica no mínimo 30 minutos de atividade física regularmente. OMS (2014).

A atividade física está associada com vários benefícios à saúde, e níveis insuficientes desta prática pode ocasionar prejuízos à saúde e ao bem-estar, aumentando o risco de doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, diabetes, certos tipos de câncer, obesidade e mortalidade precoce. A inatividade física também está associada a desordens mentais: estudos clínicos e epidemiológicos relataram que pessoas com níveis insuficientes de atividade física são mais acometidas por depressão e ansiedade. Santos Silva, (2015). Powell, Kenneth, et al. (2018)

Entretanto, apesar de se dispor de evidências convincentes de que a atividade física pode atuar na prevenção de doenças e na promoção da qualidade de vida das pessoas, um grande contingente populacional continua exposto a níveis insuficientes de prática de atividade física. O estudo mais abrangente em termos de representatividade mundial foi realizado em 51 países participantes da Pesquisa Mundial de Saúde com mais de 200.000 indivíduos de 18 a 69 anos de países do continente americano, africano, europeu e asiático. Os autores reportaram uma inatividade física de 18%, sendo 15% para os homens e 20% para as mulheres. WHO 2009

No Brasil, o sedentarismo apresenta alta prevalência, causando custos elevados, tanto diretos quanto indiretos, para o sistema de saúde 7,8. Diminuir o sedentarismo e promover estilos de vida mais saudáveis com a participação da atenção básica à saúde e seus profissionais pode representar um grande impacto na melhoria dos índices de saúde populacional e nos custos relacionados à gestão dos serviços. Siqueira, Facchini, Piccini, Tomasi, Thumé, Silveira, & Hallal (2008).

Estudos epidemiológicos demonstraram que o sedentarismo é um dos fator determinante nas doenças degenerativas que afetam o ser humano, cerca de metade do declínio físico esta associado ao envelhecimento pode ser devido à falta de atividade física e ou exercício físico regular, pessoas com mais de 50 anos de idade estão mais susceptíveis a desenvolver uma série de problemas de saúde, e representam alta a carga de morbidade e mortalidade por

aumento do risco de várias doenças, como as cardiovasculares e acidente vascular cerebral (AVC), obesidade, osteoporose, diabetes, e alguns tipos de cânceres, doenças coronarianas, estas são doenças relacionadas ao sedentarismo. (De Souza, Das Graças, Azevedo, Da Silva & Ribeiro (2024).

O Colégio Americano de Medicina do esporte (ACSM) define sedentarismo como uma prática de atividades físicas leves inferior a 150 minutos por semana, de acordo com as recomendações atuais, para a população entre 18 e 60 anos Haskell. et al (2007) DiPietro, Al-Ansari, Biddle, Borodulin, Bull, Buman. & Willumsen (2020).

Do ponto de vista de consumo de energia, o comportamento sedentário se refere à realização apenas de atividades que não aumentam o gasto de energia substancialmente acima do nível de repouso, tais como dormir, manter-se sentado e à frente da televisão, por exemplo. Isso significa um gasto energético no nível de 1.0-1.5 equivalentes metabólicos (METs). MET é o consumo de oxigênio por minuto em qualquer atividade. Um MET corresponde ao gasto de energia ao dormir, ou o equivalente a um consumo de oxigênio de 3.5 mL/kg/min.

A atividade física leve, classificada frequentemente com comportamento sedentário, envolve um gasto de energia no nível de 1.6-2.9 METs. Inclui atividades como andar lentamente, sentar-se e escrever, cozinhar e lavar a louça. (Russel., et al 2008) pg 173-178. e (Guerra, Mielke, & Garcia 2014)

A atividade física moderada corresponde a um gasto energético de 3 a 6 METs/minuto, enquanto atividades físicas intensas consomem mais do que 6 METs/min. A meta para se manter a saúde corresponde a um gasto energético entre 450 a 750 METs por semana, somando-se todas as atividades físicas executadas, seja esportiva ou de movimentação diária. (Russel, et al 2008 pg 173-178).

A atividade física pode ser determinante na manutenção da perda de peso pelo seu impacto no gasto energético. O excesso de peso atinge cerca de 1/3 da população adulta e apresenta uma tendência crescente nas últimas décadas, mesmo entre as pessoas idosas. (Kümpel, Sodré, Pomatti, Scortegagna, Filippi, Portella, & Scariot, (2011).

É considerado obeso o indivíduo que apresenta IMC maior ou igual a 30 kg/m². O nível de definição de obesidade não se diferencia na população idosa, apesar de uma tolerância maior

dos idosos com o aumento de IMC, podendo assim a obesidade ser definida em um patamar de IMC mais elevado nesta faixa etária. (KÜMPEL, et al. 2011)

Nas últimas décadas, tem-se observado um ritmo acelerado no crescimento da população idosa em todo mundo e em particular em africa. Esse crescimento implica consequências sérias que afetam diretamente os serviços de assistência social e de saúde da população geriátrica, agravado com a precariedade dos convênios médicos isto é um serviço de assistência médica privada que oferece descontos em consultas, exames e outros serviços de saúde para idosos. Somado a isso, observa-se o problema da família, pois os parentes têm dificuldades para cuidar dos seus idosos, encaminhando-os às instituições popularmente denominadas ILPI (Instituição de Longa Permanência para Idosos), casas de repouso ou instituições geriátricas. Freitas, & Scheicher (2010).

2.7 SAUDE E QUALIDADE DE VIDA

A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento pessoal, Social, laboral e economico, é importante realçar que a saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas ela depende da época, do lugar, da classe social, de valores individuais, de concepções científicas, religiosas e filosóficas. Carlos Neto et al., (2016). O termo saúde derivada raiz etimológica salus. Em latim, este termo designa o atributo principal dos inteiros, intactos, íntegros e, no grego, salus provém do termo holos, no sentido de totalidade, raiz dos termos holismo e holístico.

O conceito de saúde evoluiu de uma concepção inicial mágico-religiosa, passando por uma concepção simplista de ausência de doença, até chegar a uma concepção mais abrangente, adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (Carlos Neto et al., 2016).

Segundo Scliar (2007), para a adoção de um conceito de saúde universalmente aceite, foi necessário um consenso alargado entre as nações. No entanto, a Liga das Nações, surgida após o fim da Primeira Guerra Mundial, não conseguiu esse objetivo. Apenas com o fim da Segunda Guerra Mundial e a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da OMS é que foi possível obter esse consenso (OMS), Carlos Neto et al.,(2016).

Neste enquadramento, surgiu a definição de saúde preconizada pela OMS, segundo a qual a saúde é considerada um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a

ausência de doença ou enfermidade. Gil et al., (2008); Souza e Silva, (2019). Este conceito marcou a ruptura com a dicotomia saúde/doença, salientou uma concepção global e positiva de saúde, incluindo as dimensões mental e social, referiu a interação corpo-mente e considerou a envolvente social (Gil et al., 2008).

Contudo nos tempos que corre a definição de saúde tem sido, não apenas ausência de doenças. Saúde se identifica como uma multiplicidade de aspectos do comportamento humano voltados a um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Pode-se também, definir saúde como uma condição humana com dimensões física, psicológica social, e económico, cada uma caracterizada por pólos positivo e negativo. A saúde positiva estaria associada com a capacidade de apreciar a vida e de resistir aos desafios do cotidiano, enquanto a saúde negativa estaria associada com a morbidade e, no extremo, com a mortalidade. Bouchard., et al.(1990) e para a organização mundial de saúde OMS em 1946 estabeleceu a definição de saúde como "um estado de completo de bem estar físico mental e social , e não apenas a ausência de doença ou enfermidade."Direito social, inerente à condição de cidadania, que deve ser assegurado sem distinção de raça, de religião, ideologia política ou condição socioeconómico, a saúde é assim apresentada como um valor coletivo, um bem de todos.

2.7.1 QUALIDADE DE VIDA

Etimologicamente a expressão qualidade de vida (QV) significa nível, grau ou estado de excelência atribuído a alguém ou alguma coisa, está diretamente associado à autoestima e ao bem-estar pessoal e compreende vários aspetos, nomeadamente, a capacidade funcional, o nível sócio-económico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o estado de saúde, os valores culturais, éticos e religiosos, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com actividades diárias e o ambiente em que se vive, (Canavarro e Serra., 2020).

Com o decorrer do tempo, diferentes definições de qualidade de vida QV foram desenvolvidas, para (Thin., 2018) define QV como um conceito amplo e multidimensional, que inclui a avaliação subjetiva dos aspectos positivos e negativos da vida, porém em

situações de conflito social, econômico e de pobreza, piora com a saúde mental e modifica os papéis sociais. (Ruidiaz-Gómez, & Cacante-Caballero.,2021).

Da mesma forma, Boggatz, (2016.), Khafif, Belizario,Silva,Gomes, & Lafer (2021) afirmaram que a QV é um estado de satisfação geral derivado do potencial da pessoa e da combinação de aspectos objetivos e subjetivos baseados em cinco domínios principais: bem-estar físico, bem-estar material, bem-estar social e emocional. As respostas a esses domínios são subjetivas e dependem de vários fatores, como percepção social, material, cultural e individual, entre outros.

Neste contexto, mesmo com o grande avanço de conhecimento da área nos últimos anos, não é surpreendente que atualmente não haja um consenso a respeito de uma definição totalmente estabelecida de QV. Entretanto, ainda que haja divergências, parece ser aceite pelas diferentes concepções a existência de três aspectos fundamentais: 1) a existência de aspectos objetivos e subjetivos; 2) construto multidimensional; 3) presença de dimensões positivas e negativas.

Tentando avaliar e sintetizar todos estes fatores o grupo de estudos sobre QV da Organização Mundial da Saúde. Khafif, et al (2021) Carvalho, Ruidiaz-Gómez., & Cacante-Caballero,(2021)pg 86-99.Define QV como “a percepção que um indivíduo tem sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Trata-se de uma definição que contempla a influência da saúde física e psicológica, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e das suas relações com características inerentes ao respetivo meio na avaliação subjectiva da qualidade de vida individual. (Porto. et al (2023) e (Ruidiaz-Gómez., & Cacante-Caballero, 2021)

Segundo Nahas (2003), Hussenoder, Jentsch, Matschinger, Hinz, Kilian, Riedel-Heller & Conrad, I. (2021). a QV é a condição humana resultante de um conjunto de parâmetros individuais e sócio-ambientais, modificáveis ou não, que caracterizam as condições em que vive o ser humano. Os parâmetros sócio-ambientais relacionados à QV são: moradia, transporte, segurança, assistência médica, condições de trabalho, educação, opções de lazer e meio ambiente; e os parâmetros individuais são: hereditariedade e estilo de vida.

Porto. et al (2023) e Ruidiaz-Gómez., & Cacante-Caballero,(2021)pg 86-99, definem a QV como a distância entre a expectativa individual e a realidade, sendo que quanto menor a distância melhor a QV.Não devemos confundir qualidade de vida com padrão de vida. Muitas pessoas têm uma errada noção de qualidade de vida, confundindo os termos. Padrão de vida é uma medida que calcula a qualidade e quantidade de bens e serviços disponíveis. Para Goncalves (2004, p.13) qualidade de vida é definida como percepção subjectiva do processo de produção, circulação e consumo de bens e riquezas. A forma como cada um de nós vive o seu dia-a-dia.

(Barbosa, 2012) e Porto. at al (2023) diz que não seria possível existir um único conceito sobre a qualidade de vida, mas pode-se estabelecer elementos para pensar nessa noção enquanto fruto de indicadores ou esferas objectivas (sociais) e subjectivas, a partir da percepção que os sujeitos constroem em seu meio.

Geralmente, saúde e qualidade de vida são dois temas muito relacionados, uma vez que a saúde contribui para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e esta é fundamental para que um indivíduo ou comunidade tenha saúde. Mas não significa apenas saúde física e mental, mas sim que essas pessoas estejam de bem não só com elas próprias, mas também com a vida, com as pessoas que as cercam, enfim, ter qualidade de vida é estar em harmonia com vários factores. Gonçalves (2004) e (Porto. at al (2023)

No que diz respeito a saúde em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) redefiniu a concepção de saúde, conceituando-a como um estado de completo de bem- -estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidades. Tal definição abriu campo para que a saúde fosse percebida de forma menos reducionista, elucidando seus aspectos positivos.

Devido à falta de uma definição universalmente aceite de qualidade de vida, o primeiro passo da World Health Organization Quality of Life (Whoqol) define Qualidade de vida como a “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Whoqol et al, 1994). OMS(2012)

Da mesma forma, Boggatz (2016.), e Ruidiaz-Gómez, & Cacante-Caballero. (2021). pg 86-99 afirmaram que a QV é um estado de satisfação geral derivado do potencial da pessoa e da combinação de aspectos objetivos e subjetivos baseados em cinco domínios principais: bem-

estar físico, bem-estar material, bem-estar social, bem estar económico e emocional. As respostas a esses domínios são subjetivas e dependem de vários fatores, como percepção social, material, cultural e individual, entre outros. Neste sentido, poderemos afirmar que a qualidade de vida é definida como a “satisfação do indivíduo no que diz respeito à sua vida quotidiana”. (Whoqol et al, 2006)

E este conceito QV foi mencionado pela primeira vez em 1920 em um livro sobre economia e bem estar material. Este conceito, juntamente com o de saúde que era entendido como a ausência de doença, acabou por sofrer significativa redefinição após a II Guerra Mundial Fraquelli, (2008); Segundo Campello, Cordeiro, & Barros, (2024). qualidade de vida da pessoa idosa tem aspectos em comum com a de outros grupos populacionais, como relações sociais, actividades recreativas e satisfação, fatores sociais e ambientais, suporte social, condições económicas e uso de tecnologias da informação, os quais possuem um impacto importante na população idosa.

Para Ferenzena(2007) é impossível estudar o processo de envelhecimento sem mencionar o conceito de qualidade de vida. Isto deve-se ao facto de que com o aumento da expectativa de vida, há também uma necessidade da sociedade promover a pessoa idosa e o envelhecimento saudável e com qualidade.

O conceito de Qualidade de Vida apresenta-se mais importante para a população idosa. A evolução do conceito ao longo do tempo reflete uma compreensão mais abrangente das necessidades humanas, que vão além do bem-estar material para incluir aspectos sociais, emocionais e ambientais. No contexto do envelhecimento, Qualidade de Vida torna-se objetivo central, que exige a implementação de políticas e práticas que garantam não apenas a longevidade, mas uma vida activa, saudável e satisfatória. Essa abordagem holística é essencial para enfrentar os desafios do envelhecimento populacional e garantir que a pessoa idosa possa desfrutar de uma vida plena e significativa. Campello, et al (2024).

Geralmente, QV e saúde são dois temas muito relacionados, uma vez que a saúde contribui para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e esta é fundamental para que um indivíduo ou comunidade tenha saúde. Mas não significa apenas saúde física e mental, mas sim que essas pessoas estejam de bem não só com elas próprias, mas também com a vida, com as pessoas que as cercam, enfim, ter qualidade de vida é estar em harmonia com vários factores. Campello, (2024).

A qualidade de vida, QV, é um conceito de carácter subjetivo, com definição diversamente explicitada pelos indivíduos, o que acarreta, desse modo, ainda não se ter uma conceituação definitiva ou mais precisa a respeito desse termo.

A literatura científica ressalta que se trata de um conceito complexo, que admite vários significados, com variadas abordagens teóricas e inúmeros métodos para seu tratamento (Kimura, & Silva, 2009). Para a (OMS, 2007), a definição de qualidade de vida é a “a percepção que um indivíduo tem sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”. Trata-se de uma definição que contempla a influência da saúde física e psicológica, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e das suas relações com características inerentes ao respetivo meio na avaliação subjectiva da qualidade de vida individual. Neste sentido, poderemos afirmar que a qualidade de vida é definida como a “satisfação do indivíduo no que diz respeito à sua vida quotidiana”.

2.7.2 RELAÇÃO QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE

A relação entre a qualidade de vida e saúde é composta por vários elementos, dos quais a saúde física que é um dos principais componentes da qualidade de vida, alimentação equilibrada e saudável que é fundamental para o bem-estar do indivíduo, relacionamentos sociais, realização profissional e financeiro é um dos fatores que influenciam a qualidade de vida, a autoestima são um dos fatores que influenciam a qualidade de vida. (OMS, 2007),

A QV É influenciado pelo ambiente, pelo estilo de vida, pela biologia humana e pela organização do sistema de atenção a sua saúde em que o sujeito está inserido (Almeida; Gutierrez e Marques, 2012).

Em relação aos hábitos individuais e estilos de vida dos sujeitos, a esfera subjectiva de cuidados a saúde diz respeito ao impacto dos costumes cotidianos do indivíduo perante sua vida. Entre os comportamentos considerados saudáveis na sociedade contemporânea, Vilarta e Gonçalves (2004) destacam praticar actividade física sendo uma componente apropriada a para condição fisiológica e com regularidade e dedicar-se ao lazer não-sedentário, baseado em ações que envolvam actividades desportiva, *hobbies* ou trabalho voluntário. A adoção de um estilo saudável dependendo do acesso à informação, as oportunidades para prática de AF

e aos hábitos positivos, ao apoio socioeconómico e a atitude para mudança de comportamento. Porto, et al (2023).

Qualidade de Vida, o conceito de qualidade de vida é multidimensional e subjetivo. Segundo Fleck et al. (2000), a qualidade de vida engloba aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e crenças pessoais. No contexto socioeducacional, a qualidade de vida está intrinsecamente ligada ao seu desempenho e perspectivas futuras.

Bem-Estar, de acordo com Diener et al. (2009), pode ser compreendido como a avaliação que as pessoas fazem de suas vidas, incluindo julgamentos cognitivos de satisfação com a vida e avaliações afetivas de humor e emoções. No ambiente, o bem-estar é fundamental para o processo de convivência saudável e para o desenvolvimento integral do indivíduo.

Intersecções entre Saúde, Qualidade de Vida e Bem-Estar em vários Contexto é complexa e multifacetada. Estudos como o de Silva e Santos (2019) demonstram que esses fatores estão intimamente relacionados e influenciam diretamente o desempenho e o desenvolvimento socioeducacional e emocional dos indivíduos. (Almeida, Gutierrez e Marques 2012).(Satur, Bastos, et al. 2020)

O bem-estar emocional envolve o aprimoramento de competências como comunicação, empatia e autoconhecimento, fomentando assim uma existência emocionalmente estável e gratificante. A adoção de estilos de vida saudáveis é crucial para a prevenção de doenças. Manter hábitos alimentares equilibrados, praticar atividade física regularmente e evitar o consumo excessivo de álcool e tabaco são essenciais para preservar a saúde. Além disso, a prevenção de doenças inclui a busca por cuidados médicos preventivos, como vacinações e exames regulares, visando à detecção precoce de possíveis problemas de saúde, o que contribui significativamente para uma maior qualidade de vida e bem-estar geral das pessoas. (Gonçalves, Candido, Silva, & Bueno. (2023).

Barbosa (2012) nos remete a uma visão humanista da percepção de bem-estar e QV resultante de um conjunto de parâmetros individuais e socioambientais modificáveis, entre os parâmetros socioambientais entende-se que a moradia, o transporte, a segurança, a cultura, a assistência médica, o meio ambiente e a educação são alguns dos factores que influenciam na

percepção da QV do individuo. Entre os parâmetros individuais, podem ser citados a hereditariedade, o estilo de vida que se refere aos hábitos alimentares, controlo emocional, AF, habitual, comportamento preventivo, relacionamentos entre outros factores. (ASSUMPÇÃO, , *MORAIS,*, & *Fontoura*.2002).

2.8 PRATICA REGULAR DE ACTIVIDADE FISICA E QUALIDADE DE VIDA

Existe uma relação entre a pratica regular de actividade fisica e qualidade de vida que é composta por vários elementos, dos quais a saúde física que é um dos principais componentes da qualidade de vida, alimentação equilibrada e saudável que é fundamental para o bem-estar do individuo. qualidade de Vida compõe-se dos seguintes elementos.(Marques 2008).

Domínios do bem-estar: corporal; emocional; Autoconceito; Percepção global de bem-estar. A relação entre saúde e qualidade de vida depende da cultura da sociedade em esse sujeito ligeiramente inserido, alem das ações pessoais (esfera subjectiva) e programas públicos ligados a melhoria da condição de vida da população (esfera objectiva), o estado de saúde é um indicador das possibilidades de ação sujeito em seu grupo, apresentando-se como um facilitador para a percepção de um bem-estar positivo ou negativo.

É influenciado pelo ambiente, pelo estilo de vida, pela biologia humana e pela organização do sistema de atenção a sua saúde em que o sujeito está inserido (Almeida; Gutierrez e Marques, 2012).

Em relação aos hábitos individuais e estilos de vida dos sujeitos, a esfera subjectiva de cuidados a saúde diz respeito ao impacto dos costumes cotidianos do individuo perante sua vida. Entre os comportamentos considerados saudáveis na sociedade contemporânea, Vilarta e Goncalves (2004) destacam praticar actividade física sendo uma componente apropriada a para condição fisiológica e com regularidade e dedicar-se ao lazer não-sedentário, baseado em ações que envolvam actividades desportiva, hobbies ou trabalho voluntario. A adoção de um estilo de como saudável dependendo do acesso à informação, as oportunidades para prática de AF e aos hábitos positivos, ao apoio socioeconómico e a atitude para mudança de comportamento. Nahas, (2013).

Ao levar em consideração a multiplicidade de formas de AF e suas consequências para o bem-estar do sujeito, para a manutenção ou melhoria dos quadros de saúde, é necessário que

a prática seja adequada às condições e expectativas individuais, assim como ao local, aos processos e ao ambiente em que isso ocorre, por tanto a concepção de antes sedentarismo, que orienta para que o indivíduo se movimente de forma independente a atividade, aponta para um passo inicial para campanhas pré-atividade física, mas não é exatamente um trabalho suficiente. O ideal, para um estilo de vida tido como saudável, seria a adoção de práticas de AF sistematizada, considerando toda a condição de vida e saúde do sujeito (Almeida, Gutierrez e Marques 2012)

Barbosa (2012) nos remete a uma visão humanista da percepção de bem-estar e QV resultante de um conjunto de parâmetros individuais e socioambientais modificáveis, entre os parâmetros socioambientais entende-se que a moradia, o transporte, a segurança, a cultura, a assistência médica, o meio ambiente e a educação são alguns dos fatores que influenciam na percepção da QV do indivíduo. Entre os parâmetros individuais, podem ser citados a hereditariedade, o estilo de vida que se refere aos hábitos alimentares, controle emocional, AF, habitual, comportamento preventivo, relacionamentos entre outros fatores.

Dantas (1999), buscando responder em que medida a atividade física proporcionaria uma desejável qualidade de vida, sugere que programas de atividade física bem organizados podem suprir as diversas necessidades individuais, multiplicando as oportunidades de se obter prazer e, conseqüentemente, otimizar a qualidade de vida. (*ASSUMPTÃO, MORAIS, & Fontoura. 2002*).

A prática regular de atividade física é fundamental para a promoção da saúde e está diretamente relacionada a uma melhor qualidade de vida. Ela ajuda a prevenir doenças crônicas, melhora a saúde mental e o condicionamento físico.

A conscientização sobre a importância da prática regular de exercícios para a saúde é crucial para reduzir a incidência de doenças crônicas não transmissíveis, como problemas cardiovasculares, diabetes, acidentes vasculares cerebrais (AVCs) e diversos tipos de câncer. Essas doenças são responsáveis por uma parcela significativa das mortes no mundo, totalizando 71% dos óbitos, incluindo cerca de 15 milhões de pessoas entre 30 e 70 anos, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Um estilo de vida sedentário pode ser tão prejudicial para a saúde quanto o tabagismo, e está diretamente relacionado ao surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, como problemas cardiovasculares, diabetes, AVCs e câncer. Silva, Goulart, Lanferdini, Marcon, & Dias, (2012).

Sempre que possível, reduza o tempo em que permanece sentado ou deitado assistindo à televisão ou usando o celular, computador, videogame. Por exemplo, a cada uma hora, movimente-se por pelo menos 5 minutos e aproveite para mudar de posição e ficar em pé, ir ao banheiro, beber água e alongar o corpo. São pequenas atitudes que podem ajudar a diminuir o seu comportamento sedentário e melhorar sua qualidade de vida. Silva, Goulart, Lanferdini, et al, (2012). no geral, ao se elaborar um programa de promoção da atividade física para o idoso deve-se levar em consideração a diversos factores associados a pratica de actividade física, como aspectos fisicos, psicologicos, sociais e ambientais. Aescolher uma atividade física, deve-se considerar o objectivo e o interesse. Também é importante ter acesso fácil ao exercício e descobrir as aptidões. Matsudo, Matsudo, Neto, 2001). ACSM (2009). e a OMS (2016).

CAPÍTULO III – METODOLOGIA

Este capítulo dedica-se a apresentação da metodologia, onde são descritos informações sobre os participantes, a descrição dos instrumentos utilizados para a obtenção dos dados e os procedimentos adotados no decorrer da investigação. Além disso, apresenta-se o método de pesquisa utilizada para análise das ferramentas aplicadas em relação as actividade física e saúde em idosos.

3.1 Tipo de Estudo

Misto, transversal, descritivo, não probabilístico.

3. 2 Sujeitos estudados:

Segundo Datosmarcos. (2021) a percentagem de pessoas maiores de 65 anos em Moçambique equivale a 2.59 por cento da população de 32.077072 pessoas. Para o presente estudo participaram deste 62 idoso, de ambos sexos (19 de sexo masculino e 43 do sexo masculino) com uns media de idade 70.16 ± 7.59 , dos quais 19 encontravam-se institucionalizados no Centro de Acolhimento a Velhice de lhanguene e 43 no lar nossa senhora dos desamparados.

3.3 LOCAL DE ESTUDO

O presente estudo foi realizado na Cidade de Maputo, concretamente, nos centros de acolhimento de idoso, lar nossa senhora dos desamparados e no centro de acolhimento de lhanguene Cidade de Maputo.

O lar nossa senhora dos desamparados está localizado no bairro de Maxaquene “C”, ao longo da avenida de Malhangalene na Cidade de Maputo. É gerido por freiras da congregação Irmãzinhas dos Anciãos Desamparados desde a sua fundação em 1999, tem a capacidade de albergar 100 idosos, neste momento albergar cerca de 57 idosos, distribuídos por 8 pavilhões. São idosos provenientes de várias províncias do país, alguns abandonados pelos seus parentes outros não tem mais ninguém no mundo e há ainda os que, por diversos motivos, perderam o contacto com os seus filhos ou outros membros da família.

Enquanto o Centro de acolhimento de Lhanguene. (CAV- lhanguene) está localizado na cidade de Maputo no Bairro da Malanga, ao longo da Avenida da OUA n° 119, junto ao Hospital Geral José Macamo.

O CAV-Lhanguene, foi construído em meados de 1960 é composto por dois aposentos, um masculino e um feminino, com a capacidade de albergar 50 idosos, estando internados neste momento 22 idosos dos quais 9 homens e 13 mulheres, com uma equipa de trabalho composta por 10 trabalhadores, Directora que responde pelo Centro, três técnicos N1 em Acção Social, um Auxiliar Administrativo e 6 agentes de serviço.

O centro não está vocacionado para atender idosos não internos porém acolhe pessoas em trânsito que por alguma razão recebem alta hospitalar sem meios ou familiares no Grande Maputo, assim como crianças perdidas, vindas de várias províncias do País, a procura dos seus familiares ou por maus tratos nas famílias, e como refúgio vão a cidade a procura de melhores condições de vida.

O centro, dispõe de ginásio que se encontra abandonado, tem um espaço para a prática de agricultura e um pavilhão para a criação de frangos, contudo apenas o pavilhão é explorado pelo centro para a criação de frangos com ajuda dos agentes de serviço com o objectivo de melhorar as condições de dieta dos idosos. províncias do País, a procura dos seus familiares

ou por maus tratos nas famílias, e como refúgio vão a cidade a procura de melhores condições de vida.

3.3.1 Critério de seleção

-
- Idosos no regime interno do centro.
 - Com idade mínima de 60 e a máxima 80 anos de idade.
 - Ter sanidade mental para responder aos questionários.

3.3.2 Critério de exclusão

- Estado de saúde grave
- Não ser interno no período da realização da pesquisa

Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o **Questionário SF-36** (Anexo 1)(Short-Form Health Survey). Este instrumento de qualidade de vida multidimensional foi desenvolvido em 1992 por Ware e Sherbourne e validado no Brasil por Ciconelli et al (1999)

Para avaliar a qualidade de vida foi usado os questionários SF-36 (Medical Outcomes Study-36-Item Short-form Health Survey). E o Questionário Internacional de Atividade Física (International Physical Activity Questionnaire).

Questionario IPAQ, forma curta. (Anexo nº 2) Este questionário foi proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1998. e foi desenvolvido e testado em conjunto com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC) e o Instituto Karolinska, na Suécia.

O IPAQ é um instrumento que permite estimar o tempo semanal que uma pessoa dedica a actividades físicas de intensidade moderada e vigorosa, além do tempo gasto em actividades passivas, como lazer e tarefas domésticas, este instrumento tem sido amplamente utilizado em pesquisa e é considerado uma boa ferramenta para medir a Atividade Física (AF), no entanto, este questionário não é específico somente para os idosos, é também aplicado para todas as idades no geral. (Miranda, da Silva, Cerqueira, & dos Santos, 2021).

3.4 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo transversal de natureza descritiva. Quanto aos objectos é do tipo descritivo exploratório. Segundo Lakatos e Marconi (2008), o estudo transversal se

caracteriza por tudo aquilo que pode ser quantificável, ou seja, traduzir em números as opiniões e/ou informação para então obter a análise dos dados, e posteriormente chegar a uma conclusão. Neste caso pretende-se analisar o nível de prática de actividade física e qualidade de vida em idosos dos 55 a 80 anos de idade nos centros de acolhimento, lar nossa senhora dos desamparados e CAV de lhanguene.

Para avaliar a qualidade de vida foi usado os questionários SF-36 (Medical Outcomes Study-36-Item Short-form Health Survey).

O Questionário SF36 (Short-Form Health Survey), epistemologicamente é um instrumento de qualidade de vida desenvolvida por Ware e Sherbourne (1992). Esses pesquisadores foram pioneiros no desenvolvimento do SF-36. Eles propuseram um modelo multidimensional da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) e desenvolveram um instrumento capaz de capturar essa complexidade. Sua contribuição foi fundamental para a criação de um instrumento padronizado e de fácil aplicação. e validada para português por Ciconelen (1999).

A adaptação e validação do **SF-36** para o português brasileiro, realizada por Ciconelen, deu um passo crucial para a utilização do instrumento em pesquisas e práticas clínicas no Brasil. Essa adaptação garantiu que o questionário fosse culturalmente relevante e linguisticamente adequado para a população brasileira.

Este É um instrumento genérico de fácil administração e compreensão, consiste em um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobado em oito domínios a saber (Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental). Com um escore que varia de 0 (zero) á 100, onde o zero corresponde ao pior estado geral de saúde e o 100 corresponde ao melhor estado de saúde, (anexo nº1)

Sendo que para os cálculos de cada domínio foi usado a seguinte equação.

$$\frac{\text{Domínio: valor obtido nas questões correspondentes - limite inferior}}{\text{Variação (Score Range)}} \times 100$$

Medical Outcomes Study (MOS) 1992

3.5 PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Para o processamento estatístico dos dados foi criada uma base de dados no programa estatístico SPSS versão 22. Em seguida fizemos uma análise descritiva dos dados de onde foram produzidas tabelas com as respectivas medias e desvio padrão e a classificação dos sujeitos de acordo com as necessidades. Também foi feito um teste de correlação de Spearman para verificar relação entre o nível de actividade física e as componentes físicas da qualidade de vida. O nível de significância foi estabelecido em 5% ($p < 0.05$) para todos os cálculos efectuados.

3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Para a realização do nosso trabalho, foram respeitadas as questões éticas tais como: a não divulgação dos nomes das pessoas que foram envolvidas e não a exposição de qualquer resultados da pesquisa que possam interferir na vida social dos participantes de campo, foram solicitadas credenciais junto ao registro académico da ESCIDE que foi submetida a direção da Escola para a realização do estudo em visão geral tivemos que fazer uma sensibilização as funcionárias da instituição e em seguida a explicação do estudo que pretendíamos realizar bem como a importância da sua participação.

3.7 CONSTRANGIMENTOS DA PESQUISA

Os constrangimentos da pesquisa foram:

- No âmbito da recolha de dados foi possível notar que alguns participantes não colaboravam na total entrega por falta de conhecimento e da importância da pesquisa.
- Dificuldades a alguns aspectos relacionados a factor tempo de alguns participantes.

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo diz respeito a apresentação, análise, interpretação e discussão dos resultados. segundo Bardin (1979) e retomada por Minayo (2006), dos dados colhidos nos centros, lar nossa senhora dos desamparados e CAV Lhangene para melhor entendimento dos resultados a presentamos em três categorias:

Participaram no presente estudo um total de 62 sujeitos idosos com uma media de idade de $70,2 \pm 7,6$, dos quais 19 eram do sexo masculino e 43 do sexo feminino, com um índice de massa corporal de $24,9 \pm 4,8$ que se encontram morando no centro de acolhimento a Velhice de Lhangene (20) e Lar na Nossa Senhora dos Desamparados (42).

A **tabela 1** apresenta os dados referentes as características sociodemográficas dos idosos institucionalizados que participaram neste estudo.

Segundo a tabela 1 que se segue abaixo, a maior percentagem era de indivíduos do sexo feminino (69.4%) e 30.6% do sexo masculino. No que se refere a idade foi observado que a mais baixa foi de 56 e a mais alta 87 com uma media de 70.2 ± 7.6 .

Relativamente a escolaridade, a população do estudo sabia ler e escrever. Destes 71% tinha o tinham o nível elementar, 21% havia concluído o ensino primário e os restantes 8% o ensino secundário. Na mesma, é possível observar que relativamente ao estado nutricional avaliado pelo IMC a maioria dos sujeitos (43.5%) foram classificados como estando no estado de peso normal, 30.6% como sobrepeso, 17.7% encontravam-se em estado de obesidade os restantes 8.1% com baixa peso. Na classificação da tensão arterial dos sujeitos do estudo verificou-se que a maioria (75.8%) apresentava-se dentro da normalidade, enquanto 14.5% eram pre-hipertenso e os outros 6.5% hipertensão do estágio I e 3.2% com hipertensão do estágio II.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos sujeitos do estudo.

Variáveis	Frequência	(%)
<i>Sexo</i>		
Masculino	19	30.6
Feminino	43	69.4
<i>Escolaridade</i>		
Elementar	44	71.0
Primário	13	21.0
Secundário	05	08.1
<i>IMC</i>		
Peso baixo	5	8.1
Peso normal	27	43.5

Sobrepeso	19	30.6
Obesidade	11	17.7
<i>Tensão Arterial</i>		
Normal	47	75.8
Pré-Hipertenso	9	14.5
Hipertensão de Estagio I	4	6.5
Hipertensão de Estagio II	2	3.2

Na tabela 2 encontram-se apresentados da classificação do nível de actividade física medidos pelo questionário de actividade física IPAQ na sua versão física.

Nela observa-se que a maioria dos sujeitos do presente estudo correspondente a 69.4% foi considerada irregularmente activos B e outros 11.3% como irregular activo A. Também foi encontrado um percentual de 9.7% considerados activos, igualmente 9.7% considerados sedentários.

Tabela 2. Classificação de nível de actividade física de idosos institucionalizados

Classificação da actividade física	Frequência	(%)
<i>Sedentário</i>	6	9.7
<i>Irregular Activo B</i>	43	69.4
<i>Irregular Activo A</i>	7	11.3
<i>Activo</i>	6	9.7

Na tabela 3, encontram-se apresentados os scores médios gerais dos domínios da qualidade de vida avaliados pelo questionário SF-36 e as respectivas proporções de classificação por níveis.

No que refere aos scores médios dos domínios de qualidade de vida, observou-se uma variação tendo se apresentado com valores médios considerados alto em 4 scores respectivamente, Aspectos Físicos com $73.9 \pm 24,3$, Aspectos Sociais com $66.6 \pm 28,2$, Aspectos Emocionais com $76.4 \pm 24,1$ e Saúde mental com $72.7 \pm 27,9$.

Por outro lado, os scores correspondentes a Capacidade Funcional, Estado Geral de Saúde e Vitalidade apresentaram valores médios considerados moderados sendo $53.4 \pm 7,7$, $50.5 \pm 19,2$ e $54.4 \pm 26,3$ respectivamente. E com o score de dor a apresentar um valor medio considerado baixo $46.9 \pm 17,6$

Relativamente a classificação dos sujeitos em relação aos valores atingidos em cada score nota-se que apenas o item correspondente a Dor é que apresentou um percentual elevado de indivíduos com scores baixo (52.6%)

Os itens correspondentes ao Estado Geral de Saúde e Vitalidade apresentaram um relativo equilíbrio relativamente aos percentuais dos sujeitos classificados como baixo, medio ou alto nível de qualidade de vida

Enquanto isso os itens correspondentes à Aspectos Sociais com 62.9%, Aspectos Emocionais com 74.2% e da Saúde Mental 71.0% são os que apresentaram maior número de sujeitos classificados como estando num nível alto de qualidade de vida.

Tabela 3. Scores médios dos domínios e dévio padrão de qualidade de vida e classificação dos sujeitos por níveis.

Domínios	Media ± DP	Classificação (%)		
		Baixo (%)	Moderado (%)	Alto (%)
Capacidade Funcional	53,4±7,7	20 (32.3)	40 (64.5)	2 (3.2)
Aspectos Físico	73,9±24,3	20(32.3)	2 (3.2)	40 (64.5)
Dor	46,9±17,6	20 (52.6)	15 (39.5)	3 (7.9)
Estado geral de saúde	50,5±19,2	21 (33.9)	21 (33.9)	20(32.3)
Vitalidade	54,4±26,3	22(35.5)	17(27.4)	23 (37.1)
Aspectos Sociais	66,6±28,2	22(35.5)	1 (1.6)	39 (62.9)
Aspectos Emocionais	76,4±24,1	16(25.8)	_____	46 (74.2)
Saúde Mental	72,7±27,9	18 (29.9)	_____	44 (71.0)

A tabela 4 apresenta correlação entre os domínios da qualidade de vida que compõem as componentes físicas e o nível de actividade física dos sujeitos. A relação com a actividade foi fraca e sem significado estatístico em todos os domínios, sendo negativa para os domínios da Capacidade Funcional ($r=-0,072$; $p=0,576$) e Aspectos Físicos ($r=-0,059$; $p=0,648$) e positiva para os domínios da Dor ($r=0,045$; $p=0,726$) e Estado Geral de Saúde ($r=0,076$; $p=0,555$)

Tabela 4: Correlação entre as componentes físicas da qualidade de vida e nível de actividade física.

Variaveis		CF	AF	DOR	EGS
Nível de AF	Correlation Coefficient	-,072	-,059	,045	,076
	Sig. (2-tailed)	,576	,648	,726	,555
	N	62	62	62	62

4.0.1 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo teve como principal objectivo avaliar o nível de actividade física e qualidade de vida de idosos institucionalizados concretamente dos centros de acolhimento a velhice de lhanguene e nossa senhora dos desamparados. Os resultados sugerem que a maioria dos participantes deste estudo eram do sexo feminino sugerindo que os idosos do sexo feminino é são mais vulneráveis e que acaba se dirigindo a estas instituições a procura de apoio. Mas também pode dever-se ao facto de as mulheres em geral viverem mais tempo e terem taxas de mortalidades baixas do que dos homens, devido a tendência de tomar conta de si próprias e buscar cuidados, enquanto os homens bebem, fumam e são expostos a toxinas perigosas (Papalia & Feldman, 2013).

No que refere a escolaridade é notório que a maioria dos sujeitos (71%) possuía apenas o nível elementar fruto claramente do tempo colonial em que cresceram esses sujeitos que hoje são idosos onde as políticas desse mesmo tempo não forneciam muitas oportunidade de frequentar o ensino mais avançado para os nativos colonizados

Relativamente ao estado nutricional classificado por meio do Índice de Massa Corporal (IMC), observa-se que a grande maioria encontra-se no nível de peso normal e sobrepeso (43.5% e 30.6%) respectivamente. Estes resultados são por parte conducentes com os resultados de Mantovani et al (2018) onde encontrou uma média de IMC dentro da normalidade em um estudo com idosos brasileiros institucionalizados.

Em um outro estudo de Barcelos et al. (2023), efectuado em idosos institucionalizados, observaram maior prevalência de idosos eutróficos avaliados pelo Índice de Massa Corporal e por outros indicadores antropométricos, no entanto, observaram também uma piora do estado nutricional com o avanço da idade.

No entanto contrariando estes resultados um estudo de revisão de Silvério et al. (2016) identificou uma alta prevalência de idosos institucionalizados em risco nutricional,

sugerindo-se as instituições geriátricas para um acompanhamento sistemático com um adequado suporte nutricional para a melhora do estado de saúde e qualidade de vida do idoso.

No que respeita a classificação da tensão arterial é possível observar que apesar da idade avançada a maioria dos sujeitos (75.8%) da presente pesquisa apresentam níveis considerados normais e os restantes 24.2% apresenta uma tensão arterial entre pré-hipertensa e hipertensão de estágio 2. Estes resultados corroboram com os resultados achados por Medeiros et al. (2011) ao comparar idosos institucionalizados e não institucionalizados onde para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), a maioria dos participantes teve PA classificada como normal no entanto são contraditórios aos de Ismael (2019) que verificou que em sujeitos moçambicanos maiores de 39 anos, apenas 5.3% apresentavam a tensão arterial normal.

Em um outro estudo com uma amostra de idosos, Luz et al. (2020) verificaram que prevalência de pressão arterial não controlada foi de 61,7% e 51,8%, sendo que prevalência de pressão arterial não controlada foi maior entre os participantes com baixa adesão à medicação anti-hipertensivo quando comparada àqueles com alta adesão, sugerindo que a normalização da tensão arterial dos sujeitos do presente estudo que são institucionalizados, pode dever-se ao facto de estes estarem institucionalizados e receberem o tratamento adequado para controlo desta doença.

Na avaliação do nível de actividade física a maioria dos sujeitos pesquisados foram classificados como irregularmente activos. Estes resultados vão de acordo com os resultados apresentados por Ferreira e Souza (2024), em que estudaram 29 idosos institucionalizados e de 77% foram irregularmente activos.

Também em um estudo de Oliveira e Cavaglieri (2017) que comparou idosos institucionalizados e não institucionalizados verificou-se diferença no nível de actividade física evidenciando que há maior prevalência de idosos institucionalizados irregularmente activos.

Scheidt et al (2020) também realizam um estudo com idosos institucionalizados em verificaram que a maior parte dos sujeitos (68.6%) eram insuficientemente activos. Essa baixa de nível de actividade física em sujeitos institucionalizados pode de alguma forma dever-se ao facto de estes terem um espaço limitado e tempo e tipo de actividades realizadas controlados, não permitindo por exemplo que façam longas caminhadas ou permaneçam realizando uma determinada actividade por um longo período.

Quanto a qualidade de vida, quando observadas as médias de cada domínio é possível notar que o nível qualidade de vida dos sujeitos da presente pesquisa é avaliados entre moderado e alto sendo apenas o domínio referente a dor que apresentou uma média baixa. Quando se repara para os valores percentuais, nota-se que os domínios referentes aos Aspectos Físicos, Aspectos Sociais, Aspectos emocionais e Saúde mental apresentaram maior numero sujeitos com classificação alta (acima de 65%).

Em um estudo de Viera et al. (2016), em que avaliaram a qualidade de vida de indivíduos idosos de uma instituição de longa permanência, com recurso ao questionário SF36, verificaram que em todos os domínios sujeitos tiveram scores acima de 50, demonstrando uma moderada a boa qualidade de vida.

Gama et al. (2020) ao avaliar impacto do isolamento em idosos durante a pandemia de Covid-19 também verificaram que os idosos apresentaram, scores acima de 50 em todos os 8 domínios que compõem o SF-36, demonstrando que não estão abaixo da média de qualidade de vida esperada.

Em um outro estudo do âmbito comparativo de Sousa et al. (2022) avaliaram idosas activas e sedentárias e verificaram as idosas activas apresentaram scores mais elevados em todos os domínios de qualidade vida. Também, no estudo de Dias et al. (2022) Foi possível verificar que em todos os domínios do SF-36 os idosos que praticavam treinamento de musculação apresentaram maiores valores nos domínios de qualidade de vida por SF- 36 quando comparados aos idosos do grupo sedentário.

Estes achados sugerem que a prática de exercícios físicos pode contribuir para a manutenção ou melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa e revela-se uma estratégia de prevenção e promoção da saúde importante (Sousa et al. 2022).

A relação entre os domínios da qualidade de vida que compõem os aspectos físicos fraca e estatisticamente insignificante sendo negativo para a Capacidade Funcional e Aspectos Físicos e positiva para Dor e Estado Geral de Saúde. Estes resultados assemelham-se em grande com os achados por Reis et al. (2023) em um estudo com idosos onde não maioria dos domínios de qualidade de vida não houve uma relação estatisticamente significativa com excepção da capacidade funcional.

Não obstante, em um estudo de revisão, Freitas et al. (2023) que afirmam que as evidências científicas existentes sobre as questões, confirmam que existe uma associação positiva entre um maior nível de actividade física com o aumento da qualidade de vida.

CAPITULO VI

5.0.1 CONCLUSÃO

Dentro dos limites e constrangimentos da presente investigação, a interpretação dos resultados do presente estudo sugere as seguintes conclusões:

Os Idosos que vivem em centros de acolhimento, apresentam um nível de pratica de actividade física reduzido, decorrente das limitações existentes nos próprios centros no que refere as actividade de ocupação de idosos nos tempos livres como recreação e lazer;

Os participantes desta pesquisa, apresentaram escores acima de 50 em todos os domínios que compõe o questionário de qualidade de vida SF-36, demonstrando que os mesmos não estão abaixo da média de qualidade de vida esperada para esta faixa etária;

Não foi encontrada alguma relação entre os níveis de actividade física e os domínios de componentes físicos de qualidade de vida avaliada pelo questionário SF-36.

Estudos com amostras mais robustas e de acompanhamento multidisciplinares são necessários para trazer respostas robustas que possam ajudar no desenho de programas de apoio a pessoa idosa institucionalizada , assim como aquelas que vivem com as suas famílias ou sozinhas.

6. REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, M. A, GUTIERREZ, G. L. e MARQUES, R. (2012) Qualidade de vida : Definição e interfaces com outras áreas da pesquisa, prefácio do professor . <https://www.researchgate.net/publication/333996623>
2. ALVES, L. G. et al. 2018. Doenças associadas à dificuldade de realizar atividade física em academias públicas de uma amostra de idosos do sul do Brasil . v. 25, n. 3, p. 36–40,
3. AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE (ACSM 2009). Exercise and physical activity for older adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, v. 47, n. 7, p. 1510-1530, 30
4. AMORIM, T., KNUTH, A., CRUZ, D., MALTA, D., REIS, R., & HALLAL, P. (2013). Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 18(1), 63-74.
5. Ana Karoliny Ferreira¹; Silvana Cardoso de Souza². Nível de atividade física, capacidade funcional e estado cognitivo de idosos institucionalizados. *Rev. Terra & Cult.*, Londrina, v. 40, n. especial, 2024.
6. ANDERSEN, L. B., RIDDOCH, C., KRIEMLER, S., HILLS A. P. (2011). Physical activity and cardiovascular risk factor in children. (pp. 871- 876). *Br. J. Sport. Med.* Brasil.
7. Assunção, M. R. S. D., Pinto, S. I. M., & José, H. M. G. (2020). Política pública e de saúde para o idoso na África ao Sul do Saara. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73, e20190313.
8. ASSUMPÇÃO, L. O., MORAIS, P. P. D., & Fontoura, H. (2002). Relação entre atividade física, saúde e qualidade de vida. Notas Introdutórias. *Revista Digital*, 8(52), 1-3.
9. Azeredo, Z. A. I. D. A. (2016). Envelhecimento: um desafio para o século XXI. *Journal of Ageing and Innovation*, 5(2), 20-26..

10. BARBOSA, R. M dos S. P. Resenha do livro Actividade física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida activo, de MARKUS VINICIUS NAHAS. Rev Bras. Ciênc. Esporte, Porto Alegre. V. 34, n. 2, p. 513-518, jun. 2012.
11. BARRETO SM, PINHEIRO ARO, SICHIERI R, MONTEIRO CA, BATISTA FILHO M, SCHIMIDT MI, *et al.* Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. Epidemiol Serv Saúde. 2005; 14(1):41-68
12. BERMAN, L. J., WEIGERNBERG, M. J., SPRUIJT-METZ, D. (2012) .Physical activity is related to insulin sensitivity in children an adolescents, independent of adiposity: A review of literature. (pp. 586 - 408). Diabetes metabol. Res. Rev
13. Bielemann, R. M., Silva, B. G. C. D., Coll, C. D. V. N., Xavier, M. O., & Silva, S. G. D. (2015). Burden of physical inactivity and hospitalization costs due to chronic diseases. Revista de saude publica, 49.:75 doi: 10.1590/S0034-8910.2015049005650. Epub 2015 Oct 20.
14. Boggatz T. Quality of Life and Concept: A Theoretical Perspective. Int J Older People Nurs. 2016;11(1):55- 69. doi: 10.1111/opn.12089.
15. BR.I SERIE NUMERO 45, TERCA 12 DE NOVEMBRO DE 2002
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011
17. BULL, F. C. et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. p. 1451–1462.
18. BOUCHARD, C. et al. Exercise, fitness and health: *The concensus statement. In: Bouchard, C. et al. Exercise, fitness and health. Champaign, Illinois, Human Kinetics Books, 1990.*
19. BUONFIGLIO, Leda. ANÁLISE DA POLÍTICA URBANA HABITACIONAL BRASILEIRA DA ÚLTIMA DÉCADA. Geosul, v. 33, n. 67, 2018.

20. CANAVARRO B. F e SERRA, M. T. Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde. Pp. ISBN978-972-31-1334-1, 2020.
21. Carazzai, E. M. (2014). Qualidade de vida no envelhecimento: situação dos idosos assistidos em unidades de saúde da família do município do interior paulista
22. Carvalho, B. F. D., Inocêncio, C. C., Guadagnin, E., Amorim, E., & Vianna, P. V. C. (2021). Instrumento WHOQOL-100 e políticas públicas: avaliação da qualidade de vida de população alvo de política habitacional. *Saúde e Sociedade*, 30, e200324.
23. Cassou, ACN, Fermino, RC, Santos, MS, Rodriguez-Añez, CR, & Reis, RS (2008). Barreiras para a atividade física em idosos: uma análise por grupos focais. *Rev Educ Fís*, 19 (3), 353-60.
24. CASPERSEN, Carl J., POWELL, Kenneth E., CHRISTERSON, Gregory M. Physical Activity, Exercise and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research. *Public Health Reports*. v.100, n. 2, p.126-131, 1985
25. Campos, S. C.; Mudrey, P.; Floriano; L. S. M. Qualidade de vida da pessoa idosa: bem estar físico, social e mental. X Congresso de Envelhecimento Humano. Joao Pessoa. 2023
26. Campello, P., Cordeiro, A., & Barros, J. N. (2024). ARTIGO-A DÉCADA DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL: ESTRATÉGIAS DA SEPLAD PARA PROMOVER A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO. *CODS-Colóquio Organizações, Desenvolvimento e Sustentabilidade*, 15.
27. Ciconelli,R, M. ,Ferraz,M, B ., Santos.w (1999)Versão em português do Brasil do SF-36. Uma medida de desfecho de qualidade de vida confiável e válida, Janeiro de 1999, Revista Brasileira de Reumatologia., São Paulo. 39(3):143-150
28. Chagas, M. O., & Neves, S. M. M. (2015). AVALIAÃ? Ã? O DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM OBESIDADE MÃ? RBIDA. *Revista EVS-Revista de Ciências Ambientais e Saúde*, 42(4), 465-479.

29. CHAN, M. (2015). Prefácio do Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Organização Mundial da Saúde: OMS.
30. Chavane F S; Francisco Almeida Tchonga; José Luís Sousa Manjate; Danilo Barbosa Moraes; Saulo Vasconcelos Rocha. Ensaio teórico sobre o contributo de exercícios multicomponentes em idosos de Moçambique. *Motrivivência*, (Florianópolis), v. 36, n. 67, p. 01-17, 2024. Universidade Federal de Santa Catarina. ISSN 2175-8042. DOI: <https://doi.org/10.5007/2175-8042.2023.e93760>
31. COSTA C. S.; A importância da atividade física para o idoso nos centros de convivência. São mateus. Unopar. 2021
32. Cunningham, C., O'Sullivan, R., Caserotti, P., & Tully, M. A. (2020). Consequences of physical inactivity in older adults: A systematic review of reviews and meta-analyses. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 30(5), 816-827.
33. Da Silva, D. C., Coutinho, D. J. G., de Castro Barbosa, J. K., & de Aguiar, D. S. (2020). Qualidade de vida do idoso na perspectiva dos gêneros. Um estudo baseado em dados secundários. *Brazilian Journal of Development*, 6(7), 46160-46175.
34. Daca, T. S. L. (2015). *Estudo comparativo dos efeitos biopsicossociais de dois programas de atividade física para idosas em Moçambique* (Doctoral dissertation, Tese de doutorado, Universidade de São Paulo. Recuperado em 19 maio, 2020, de: <https://doi.org/10.11606/T.39.2016.tde-11012016-102134>)
35. Daca, T., Prista, A., Farinatti, P., & Tani, G. (2016). *Exercício físico e saúde para o idoso em Moçambique*. *Revista Científica da UEM: Série Ciências Biomédicas e Saúde Pública*, Vol. 1, No 2, pp 23-32,
36. DARIDO, S.C.; JÚNIOR, O. M. S. Para ensinar educação física: possibilidades de intervenção na escola. 6. Ed. Campinas - SP: Papirus, 2010. 349 p.
37. De Holanda, G. N., & Livramento, R. A. (2023). OS BENEFÍCIOS FÍSICOS DO PILATES PARA A POPULAÇÃO IDOSA: REVISÃO DE LITERATURA. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 5(5), 3055-3069.

38. De Mello, R. L., Ribeiro, E. K., & Okuyama, J. (2020). (In) atividade física e comportamento sedentário: terminologia, conceitos e riscos associados. *Caderno Intersaberes*, 9(17).
39. DE OLIVEIRA, N. F. *Aumento da velhice e seu paralelo com o desenvolvimento sustentável: um breve estudo de caso do crescimento desta população no município de Antonina, litoral do Paraná. Revista Gestão & Sustentabilidade Ambiental*, v. 9, p. 320-332, 2020.
40. De Souza, W. R., das Graças Azevedo, P., da Silva, L. F. O., & Ribeiro, J. D. O. M. (2024). Os benefícios da atividade física e sua aplicabilidade para o envelhecimento saudável. *CIS-Conjecturas Inter Studies*, 24(1).
41. Dos Santos, M. R., & de Santana, J. A. (2023). A RELAÇÃO ENTRE SEDENTARISMO E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA NA ZONA RURAL DAS COMUNIDADES CONTENDAS E KM 19: UMA ABORDAGEM DE CONSCIENTIZAÇÃO. *inCORPORACÃO*, 1(02).
42. DiPietro, L., Al-Ansari, S. S., Biddle, S. J., Borodulin, K., Bull, F. C., Buman, M. P., ... & Willumsen, J. F. (2020). Advancing the global physical activity agenda: recommendations for future research by the 2020 WHO physical activity and sedentary behavior guidelines development group. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17, 1-11.
43. Dos Santos, T. D., Neves, G. G., Mendes, R. M. F., Mariutti-Zeferino, M. G., & Rodrigues, G. M. C. (2024). Avaliação da qualidade de vida do idoso hemodialítico em um hospital geral no interior de minas gerais. *Revista de iniciação científica da libertas*, 12.
44. Dziechciaz, M., & Filip, R. (2014). Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 21(4).
45. EKELUND, Ulf, et al. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of

- data from more than 1 million men and women. *The lancet*, 2016, 388.10051: 1302-1310.
46. Filipe Washington Gonçalves Dias¹, Luciano Bernardes Leite², Leonardo Mateus Teixeira Rezende³, Lucas Rogério dos Reis Caldas 4. Qualidade de vida de idosos praticantes e não praticantes de treinamento resistido durante a pandemia de covid-19. *Arquivos em movimento*, v.18, n.1, p287-297, 2022.
 47. FERREIRA, J. S.; DIETRICH, S. H. Correia; PEDRO, D. A. Influência da prática de atividade física sobre a qualidade de vida de usuários do SUS. *Saúde em Debate*, 2015, 39: 792-801.
 48. Freitas, M. A. V. D., & Scheicher, M. E. (2010). Qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13, 395-401.
 49. FRAGUELLI, Ângela. Relação entre auto-estima, auto-imagem e qualidade de vida em idosos. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2008.
 50. Franzini, P. C. (2023). *ATIVIDADE FÍSICA E OBESIDADE: CONTRIBUIÇÕES PARA A QUALIDADE DE VIDA*. *Revista Brasileira de Educação Física, Saúde e Desempenho-REBESDE*, 4(1).
 51. FREIRRA, M. S. *et al.* Atividade física na perspectiva da nova promoção da saúde : contradições de um institucional. *Ciência & Saúde colectiva*, 16(Supl. 1):865-872, 2011.
-
52. Freitas, M. A. V. D., & Scheicher, M. E. (2010). Qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13, 395-401.
 53. Fonseca, A. M., & Paúl, C. (2008). Saúde e qualidade de vida ao envelhecer: perdas, ganhos e um paradoxo. *Geriatria & Gerontologia*, 2(1), 32-37.
 54. GONÇALVES, A. C. L., CANDIDO, A. G. C., SILVA, O. B., & BUENO, S. M. (2023). Saúde E Qualidade De Vida Do Idoso. *Revista Corpus Hippocraticum*, 2(1).

55. Garcia, C. A. M. S., Moretto, M. C., & Guariento, M. E. (2016). Estado nutricional e qualidade de vida em idosos. *Rev. Soc. Bras. Clin. Med*, 14(1), 52-6.
56. GISELINI, M. *Aptidão física saúde bem-estar: fundamentos teóricos e práticos*. 2 ed. São Paulo: Phorte, 2006.
57. GÓMEZ K. S R; CABALLERO J. V. C; 2021 Desenvolvimento histórico do conceito de Qualidade de Vida: uma revisão da literatura. ISSN-PRINT 1794-9831 / E-ISSN 2322-7028 Vol. 18 Nº 3 / sep - dic, 2021 / Cúcuta, Colombia. <https://doi.org/10.22463/17949831.2539>
58. GONÇALVES, A.. Em busca do dialogo do controlo social sobre o estilo de vida. In: VILARTA, R. (org.) *Qualidade de Vida e políticas publica: saúde, lazer e actividade física*. Campinas, IPES, 2002, p. 17-26.
59. Gualano, B., & Tinucci, T. (2011). Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 25, 37-43.
60. GUEDES, D. P ; NETO, J. T. M; GERMANO, J. M; LOPES, V; SILVA, A. J. R. M. Aptidão física relacionada a saúde de escolares: programa fitnessgrsm. *Ver Bras. Med. Esporte*. Vol. 18, n 2 – Mar/Abr, 2012.
61. Guerra, P. H., Mielke, G. I., & Garcia, L. M. T. (2014). Comportamento sedentário. *Corpoconsciência*, 23-36.
62. Grenia Aparecida de Sousa¹, Andrêza Soares dos Santos^{1,2}, José Vitor Vieira Salgado. Avaliação da qualidade de vida em idosas ativas e sedentárias de Araújo – MG. *Cad. Educ. Fís. Esporte, Marechal Cândido Rondon*, v. 20, e-27322, 2022.
63. Hallal, P. C., Andersen, L. B., Bull, F. C., Guthold, R., Haskell, W., & Ekelund, U. (2012). Níveis globais de atividade física: progresso da vigilância, armadilhas e perspectivas. *Lancet (Londres, Inglaterra)*. [Online], 380(9838), 247-257.

64. Harris, D., Dlima, S. D., Gluchowski, A., Hall, A., Elliott, E., & Munford, L. (2024). The effectiveness and acceptability of physical activity interventions amongst older adults with lower socioeconomic status: a mixed methods systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 21(1), 121.
65. Haskell WL, Lee I-M, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, Macera CA, Heath GW, Thompson PD, and Bauman A. Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med. Sci. Sports Exerc.*, Vol. 39, No. 8, pp. 1423–1434, 2007.
66. Hussenoeder, F. S., Jentzsch, D., Matschinger, H., Hinz, A., Kilian, R., Riedel-Heller, S. G., & Conrad, I. (2021). Depression and quality of life in old age: a closer look. *European Journal of Ageing*, 18, 75-83
67. https://www.google.com/search?q=%28INE+2024%29%2C+&sca_esv=8cdee197d32e0965&sca_upv
68. Ismael R. M. Factores relacionados à adesão ao tratamento da hipertensão arterial em pacientes atendidos no Centro de Saúde 1º de Maio da Cidade de Maputo Nome do estudante: (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Medicina. Maputo. 2019.
69. Jane Kátia Alves SILVÉRIO¹, Katherine Rios Almeida PEDREIRA², Nyvian Alexandre KUTZ³, Marcia Maria Hernandez de Abreu de Oliveira SALGUEIRO⁴. Estado nutricional de idosos institucionalizados: uma revisão de literatura. *Visão Acadêmica*, Curitiba, v.17 n.3, Jul. - ISSN 1518-8361. 2016
70. JOIA,LC; RUIZ, T; DONALISIO, MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev. Saúde Publica* 2007;41(1):131-8.
71. JORDAN, J. L. et al. Interventions to improve adherence to exercise for chronic musculoskeletal pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 1, n. 1, p. CD005956, 2010.

72. Kerber, V. L., Cornicelli, M. V., Mendes, A. B., Antunes, M. D., Milani, R. G., & Bertolini, S. M. M. G. (2017). Promoção da motricidade e saúde mental dos idosos: um estudo de revisão. *Saúde e Pesquisa*, 10(2), 357-364.
73. Khafif, T. C., Belizario, G. O., Silva, M., Gomes, B. C., & Lafer, B. (2021). Quality of life and clinical outcomes in bipolar disorder: an 8-year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 278, 239-243.
74. Kümpel, D. A., Sodré, A. D. C., Pomatti, D. M., Scortegagna, H. D. M., Filippi, J., Portella, M. R., ... & Scariot, M. (2011). Obesidade em idosos acompanhados pela estratégia de saúde da família. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 20, 471-477.
75. LAGUARDIA, J. et al. Dados normativos brasileiros do questionário Short Form-36 versão 2. *Rev Bras Epidemiol* 2013; 16(4): 889-97
76. Luz, A. L. D. A., Silva-Costa, A., & Griep, R. H. (2021).. Pressão arterial não controlada entre pessoas idosas hipertensas assistidas pela Estratégia Saúde da Família *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 23 (4) <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200211>.
77. LAKATOS E.M e MARCONI M.A. Fundamentos de metodologia científica EDITORA ATLAS S.A 8ª Ed. Rua Conselho Nébias, 1384 (Campos Elísios).01203-904 São Paulo (SP). 2017
78. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, et al. Efeito da inatividade física nas principais doenças não transmissíveis em todo o mundo: uma análise da carga da doença e da expectativa de vida. 10.1016/S0140-6736(12)61031-9
79. LLOBET, MONTSERRAT P.; ÁVILA, NURIA R.; FARRÀS, JAUME F.; CANUT, MARIAT.L. (2011). “Qualidade de vida, felicidade e satisfação com a vida em idosos com 75 anos ou mais, atendidos num programa de atenção domiciliar”. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. 19 (3), 467- 47.

80. Luisa Montone Mantovani; Renata Furlan Viebig; Juliana Masami Morimoto. Associação entre estado nutricional e vulnerabilidade em idosos institucionalizados. *BRASPEN J*; 33 (2): 181-7. 2018
81. MACENA, W, G.; HERMANO, L. O.; COSTA, T. C. Alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. *Revista Mosaicum*, n. 27, p. 223-238, 2018
82. MACIEL, M. G. (2010). Atividade física e funcionalidade do idoso. *Motriz: Revista de Educação Física*, 16, 1024-1032.
83. MALTA, D. C. e BERNAL, R. T. Comparação dos factores de risco e proteção de doenças crônicas na população com e sem planos de saúde nas capitais brasileiras, 2011. *VER, BRASEPIDEMIOLSUPPL PeNSE* 2014; 241-255.
84. MARCACINE, P.,R. CASTRO.S.,S. CASTRO.,S.,S.MEIRELLES.M.,C.,C.,C. Haas.V.,J. WALSHI.,A.,P., Qualidade de vida, fatores sociodemográficos e ocupacionais de mulheres trabalhadoras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019, 24: 749-760. Doi 10.1590/1413-81232018243.31972016
85. MARQUES, U. M.; SILVA, M. A. Atividade Física Adaptada : uma visão crítica. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 2001, v. 1, n. 14, p. 73–79, 2001.
86. MARQUES, R. F. R. (2008). Qualidade de vida, atividade física e saúde: relações na busca de uma vida melhor. VILARTA, R. E; GUTIERREZ, GL. Qualidade de vida no ambiente corporativo. Campinas: IPES Editorial, 111-120.
87. Marconi, M. D. A., & Lakatos, E. M. (2017). Metodologia do trabalho científico: projetos de pesquisa/pesquisa bibliográfica/teses de doutorado, dissertações de mestrado, trabalhos de conclusão de curso. *São Paulo: Atlas*.
88. Martinez E. La actividad física en el ámbito de la salud pública. *Rev Nac de Salud Pública*. 1998; 15(2):140-52.

89. MATSUDO, S, M; MATSUDO, V, K,R; e NETO T, L,B (2001) Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. Rev Bras Med Esporte _ Vol. 7, Nº 1 – Jan/Fev.
90. MATSUDO, S. M. , MATSUDO, V. K., ARAÚJO, T., ANDRADE, D., ANDRADE, E., OLIVEIRA, L., & BRAGGION, G. (2002). Nível de actividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. *Revista brasileira de ciência e movimento*, 10 (4). Distribuição geográfica e de conhecimento. Revista Brasileira Ciência e Movimento. Brasília, v. 10, n. 4, p. 41-50, 2009.
91. MAZO, G. Z., MOTA, J., GONÇALVES, L. H., MATOS, M. G., & CARVALHO, J. (2008). Actividade física e qualidade de vida de mulheres idosas da cidade de Florianópolis, Brasil. *Revista portuguesa de ciências do desporto*, 8(3).
92. Medeiros, F. A. L.; França, Inácia Sátiro Xavier de; Belém, Patrícia de Oliveira Leite; Souto, Rafaella Queiroga. Comparação da pressão arterial entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. REME rev. min. enferm ; 15(2): 202-207. 2011.
93. Miranda, K. A., da Silva, I. M., Cerqueira, J. C., & dos Santos, M. P. M. (2021). Validade do questionário internacional de atividade física (IPAQ) em idosos: uma revisão integrativa da literatura. *Archives Health Sciences*, 28(1), 64-67.
94. MISAU (2023) Conferencia internacional de investimento em infraestruturas do sector de saúde iniciativa presidencial um distrito, um hospital.
95. NAHAS, *et al.* Avaliação dos factores de risco de quedas em mulheres na pós-menopausa inicial. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2013, 35: 490-496.
96. Nunes, A. M. (2017). Demografia, envelhecimento e saúde: uma análise ao interior de Portugal. *Revista Kairós-Gerontologia*, 20(1), 133-154.

97. Oliveira E.S; Gonçalves C.S; Araújo A.R; Viegas Z .V.B; Aragão F.B.A; e Emanuel Péricles Salvador E.P (2021). NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E FATORES RELACIONADOS EM UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DA SAÚDE: UM ESTUDO LONGITUDINAL. J. Phys. Educ.v. 32, e 3230.
98. OLIVEIRRA, L. S.; RABELO, D. F.; QUEIROZ, N. C. Estilo de vida, senso de controlo e qualidade de vida: um estudo com a população idosa de Patos de Minas- MG. Estudos e Pesquisas em Psicologias, Rio de Janeiro, v. 12, m. 2, p. 416-430, 2012.
99. OLIVEIRRA, A. P. e ANDRADE, D. R.. Influencia da prática de actividade física nos programas de promoção da saúde nas empresas privadas: uma revisão bibliográfica. O Mundo da Saúde, São Paulo – 2013;37(2):192-200, 2013.
100. OMS. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Organização Mundial da Saúde, 20 Avenue Appia, 1211 Genebra 27, Suíça. 2015. p. 7-12, 2003.
101. Palma, A., Araújo, M. F. D. S., & Rodrigues, P. A. F. (2023). Pesquisa em atividade física e saúde: a urgência de uma epistemologia decolonial. Revista Brasileira de Ciências do Esporte, 45, e20230053.
102. PARISOTTO, L *et al*, Diferenças de gênero no desenvolvimento sexual: integração dos paradigmas biológicos, psicanalítico e evolucionista • Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul 25 (suppl 1) • Abr 2003
103. PEIXOTO, S. V. et al. Prática de atividade física entre adultos mais velhos: resultados do ELSI-Brasil. Revista de Saúde Pública, v. 52, n. Suppl 2, p. 5s, 2018.
104. Pereira, C. C. D. A., Vilarta, R., de Oliveira, H. F. D. R., Monteiro, M. I., Passos, R. P., & Junior, G. D. B. V. (2024). Ginástica laboral associada a outros programas de atividade física aplicados no local de trabalho sobre o nível de atividade física em trabalhadores do setor administrativo universitário. Revista CPAQV-Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida, 16(2), 10-10.

105. Pinheiro, M. B., Oliveira, J. S., Baldwin, J. N., Hassett, L., Costa, N., Gilchrist, H., ... & Tiedemann, A. (2022). Impact of physical activity programs and services for older adults: a rapid review. *International journal of behavioral nutrition and physical activity*, 19(1), 87.
106. Pitanga, F. G. (2002). Epidemiologia, atividade física e saúde. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 10(3), 49-54.
107. Pitanga, F. J. G., Beck, C. C., & Pitanga, C. P. S. (2020). Atividade Física e Redução do Comportamento Sedentário durante a Pandemia do Coronavírus. In SciELO Preprints. <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/423>
108. Porto.L.G.G; Azevedo.M.R; Molina.G.E; . Guedes. D,P; Nahas.M.V; Hallal.P.C; Victor Keihan Rodrigues Matusdo.V.K.R;2023 Atividade física e saúde.Porto et al. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2023;28:e0293
109. Porto, L. G. G., Azevedo, M. R., Molina, G. E., Guedes, D. P., Nahas, M. V., Hallal, P. C., & Matsudo, V. K. R. (2023). A relação entre atividade física e saúde: uma abordagem histórica e conceitual. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 28, 1-7..
110. POWELL, Kenneth E., et al. The scientific foundation for the physical activity guidelines for Americans. *Journal of Physical Activity and Health*, 2018, 16.1: 1-11.
111. PRISTA, A. et al. PESQUISA EM MOÇAMBIQUE NO DOMÍNIO DA ACTIVIDADE FÍSICA : uma revisão do estado da arte THE STATE OF THE ART IN PHYSICAL ACTIVITY RESEARCH IN. *Rev. cient. UEM: Sér. ciênc. bioméd. saúde pública* Vol. 1, No 2, pp 54-71, 2016, v. 1, n. 2, p. 54–71, 2016.
112. Quaresma, M. D. L. B., & Ribeirinho, C. (2016). Envelhecimento–Desafios do séc. XXI. *Revista Kairós-Gerontologia*, 19(3), 29-49.
113. Quixabeira, A. P. D. S. (2021). Atividade física no lazer: promoção da saúde dos profissionais das UBS de Miracema do Tocantins.
114. RECH, C R *et al.* Validade e fidedignidade da escala de satisfação com a prática de actividade física em adultos. *Ver de Saúde Publica* 2011; 45(2):286-93.

115. Reis, C. B. F., Galvão, L. L., Vieira, L. A., Smith, J. G. R., de Miranda, L. R. A., Bergantini, T. C., ... & Leite, R. D. (2024). Influência do nível de atividade física no lazer na qualidade de vida de idosos. *Arquivos de Ciências do Esporte*, 12, 1-11.
116. Reyna, RB, Contreras, MO e Vega, HB (2021). Utilização do Questionário de Saúde SF-36 em idosos. Revisão sistemática (Dissertação de doutorado, Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés-SEAS.-Colegio Oficial de Psicólogos de Madride.
117. Ricardo da Costa Naete. A Autopercepção Subjectiva do Estado de Saúde dos Participantes e não Participantes do programa Envelhecer com Saúde na Cidade de Maputo (Dissertação de Mestrado) Universidade Pedagógica de Maputo. Maputo. 2021.
118. RIBEIRO, J. A. B. et al. Adesão de idosos a programas de atividade física: motivação e significância. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, v. 34, n. 4, p. 969–984, 2012.
119. Reis, C. B. F., Galvão, L. L., Vieira, L. A., Smith, J. G. R., de Miranda, L. R. A., Bergantini, T. C., ... & Leite, R. D. (2024). Influência do nível de atividade física no lazer na qualidade de vida de idosos. *Arquivos de Ciências do Esporte*, 12, 1-11.
120. Rodrigues, W. K. M., Rocha, S. V., Vasconcelos, L. R. C., & de Oliveira Diniz, K. (2015). Atividade física e incapacidade funcional em idosos da zona rural de um município do Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 28(1), 126-132.
121. Russell R. Pate; Jennifer R. O'Neill; Lobelo, F. The Evolving Definition of ""Sedentary"" *Exerc Sport Sci Rev.* 2008;36(4):173-178.
122. Ruidiaz-Gómez, K. S., & Cacante-Caballero, J. V. (2021). Desenvolvimento histórico do conceito de Qualidade de Vida: uma revisão da literatura. *Revista Ciencia y cuidado*, 18(3), 86-99

123. Satariano, WA, Haight, TJ, & Tager, IB (2000). Razões apresentadas por idosos para a limitação ou evitação de atividades físicas no tempo livre. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48 (5), 505-512.
124. SAMPAIO, M. C. H. Reflexões ético-filosóficas e bioéticas acerca do envelhecimento na perspectiva do desenvolvimento sustentável. *Semiose verbivocovisual*, p. 349. 2020
125. SANTOS J. L. F *et al.*, Functional performance of the elderly in instrumental activities of daily living: an analysis in the municipality of Sao Paulo, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 879-886, abr. 2008,
126. Santos Silva, D. A. (2015). Teorias, modelos e (y) determinantes da (de la) atividade física em adultos. *Salud (i) ciencia (Impresa)*, 536-539.
127. Scherrer, G., Passos, K. G., Oliveira, L. M. D., Okuno, M. F. P., Alonso, A. C., & Belasco, A. G. S. (2022). Atividades de vida diária, sintomas depressivos e qualidade de vida de idosos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 35, eAPE0237345.
128. SILVA, R., *et al.* Qualidade de vida de cuidadores de pacientes com alzheimer: uma revisão integrativa da literatura. 2018.
129. Silva, M. F. D., Goulart, N. B. A., Lanferdini, F. J., Marcon, M., & Dias, C. P. (2012). Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida de idosos sedentários e fisicamente ativos. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, 15, 634-642.
130. Siqueira, F. V., Facchini, L. A., Piccini, R. X., Tomasi, E., Thumé, E., Silveira, D. S., & Hallal, P. C. (2008). Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 39-54.
131. Scheidt, I. V., Barella, F. M., Borsoi, S. C., Santana, C. da S., Mascarenhas, L. P. G., & Suzuki, C. S. (2020). Níveis de atividade física de idosos participantes de grupos de convivência e de residentes em Instituição de Longa Permanência. *Revista Kairós-*

Gerontologia, 23(1), 395-413. ISSNprint 1516-2567. ISSNe 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PUC-SP

132. Sousa, C. M. S., de Sousa Alex, A. A. S., Alves, A. S. D. S. A., de Sousa, S., Gurgel, L. C., Brito, E. A. S., ... & Vieira, P. D. (2019). Contribuição da atividade física para a qualidade de vida dos idosos: Uma Revisão Integrativa da Literatura/Contribution of physical activity to the quality of life of the elderly: An Integrative Review of Literature. ID on line. Revista de psicologia, 13(46), 425-433.
133. Siqueira, F. V., Facchini, L. A., Piccini, R. X., Tomasi, E., Thumé, E., Silveira, D. S., & Hallal, P. C. (2008). Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 24, 39-54.
134. Tahara, A. K., Schwartz, G. M., & Silva, K. A. (2003). Aderência e manutenção da prática de exercícios em academias. *Revista Brasileira de Ciência e movimento*, 11(4), 7-12.
135. TAVARES, R. E. et al. Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa. 2016.
136. Teixeira, S. M. (2021). Envelhecimento em contexto de superexploração e contrarreformas. *Serviço Social & Sociedade*, (142), 447-466.
137. THIN. Quality of Life Issues in Development. The International Encyclopedia of Anthropology. 2018;1- 8. <https://doi.org/10.1002/9781118924396.wbiea1714>,
138. TIMÓTEO SALVADOR LUCAS DACA. Estudo comparativo dos efeitos biopsicossociais de dois programas de atividade física para idosos em Moçambique (Tese de doutoramento). São Paulo. 2015.

139. Timóteo Daca, António Prista, Paulo Farinatti; Go Tani. Exercício físico e saúde para o idoso em moçambique. Rev. cient. UEM: Sér. ciênc. bioméd. Saúde Pública Vol. 1, No 2, pp 23-32, 2015.
140. Tiggemann, C. L., Scheid, C. A., & Cremonese, C. (2023). ASSOCIAÇÃO ENTRE NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E A PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM ADULTOS DE ARROIO DO MEIO/RS. Revista Destaques Acadêmicos, 15(3)
141. TUALUFO, S. ., DAMASCENO, A. ., & TIAGO, A. . (2022). Hipertensão arterial em pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos na Associação Moçambicana dos Diabéticos. *Revista Internacional Em Língua Portuguesa*, (42), 35–45. <https://doi.org/10.31492/2184-2043.RILP2022.42/pp.35-45>
142. VIERA, A. L. B. et al.(2020) Guia de orientacao para a poratica de exercicios fisico em casa .
143. Válter Freitas ; Élvio Gouveia ; Bruna Gouveia. A relação entre a atividade física e a qualidade de vida: revisão de estado da arte. – Jornal de Investigação Médica. V04N01. 2023.
144. Samara Karine Sena Fernandes Vieira¹, Mikelly Naythe Costa dos Anjos², Flavia Aparecida Nunes dos Santos³, Carolinne Kilcia Carvalho Sena Damasceno⁴, Cristina Maria Miranda de Sousa⁵, Adélia Dalva da Silva Oliveira⁶Avaliação da qualidade de vida de idosos institucionalizados. R. Interd. v. 9, n. 4, p. 1-11, out. nov. dez. 2016.
145. SATUR, R. V.; BASTOS, A. F. V.; et al. Os serviços de saúde e a autogestão da saúde dos usuários de plano público e de plano privado. *Revista em Sistemas de Saúde*, 2020. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br>. Acesso em: 19 dez. 2024
146. Vilarindo, A. B. (2022). Escala Multidimensional de Mensuração e de Avaliação de Dor (EMMADOR-SABER): percepção do conhecimento (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).

147. VILARTA, R.; GONCALVES, A. Qualidade de vida – concepções básicas voltadas a saúde. In: GONCALVES, Aguinaldo e VILARTA, Roberto (orgs.). Qualidade de Vida e actividade física: explorando teorias e práticas. Barueri: Manole, 2004, p.27-62.
148. WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med.1995;41(10):1403–1409.
149. WHOQOL SRPB GROUP, *et al.* (2006) A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social science & medicine*, 62.6: 1486-1497.
150. World Health Organization. Sete das 10 principais causas de morte no mundo são doenças não transmissíveis. WHO [Internet]. 2020 [cited 2022 Jul 10].
151. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. World Health Organization (WHO); 2020.
152. World Health Organization. *Sete das 10 principais causas de morte no mundo são doenças não transmissíveis. WHO [Internet]. 2020 [cited 2022 Jul 10].*
153. World Health Organization-WHO. World Health Statistics 2018: monitoring Health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
154. World Health Organization (2015). World Report on Ageing and Health. Geneva: World Health Organization;
155. Hobjuane, P. S. (2024). ACTIVIDADE FISICA E SAÚDE EM IDOSOS: ESTUDO DE CASO DO CENTRO DE ACOLHIMENTO DE IDOSO DE LHANGUENE. *Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro*, 6(1).

156. MERCADANTE, E. Velhice: a identidade estigmatizada. In: Serviço Social & Sociedade. São Paulo, ano XXIV, n. 75. 2003.

ANEXOS

Anexo Nº1



ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DO DESPORTO CURSO DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DO DESPORTO

Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

Identificação do local da avaliação	Idade do avaliado	Sexo		Nível académico	Elementar..... Primário..... Secundário.... Superior.....
		masculino	feminino		

Instruções:

Esta questionário pretende saber sobre a sua saúde e quão bem você é capaz de fazer as suas actividades de vida diária. Responda cada questão marcando com um círculo ou x ao número correspondente a cada pergunta fique à vontade este questionário é de natureza confidencial. O tratamento deste, por sua vez, é efectuado de uma forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada, o que significa que o anonimato do colaborador é respeitado.

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 atrás, como você classificaria sua saúde 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 actividades que você poderia fazer atualmente durante um dia normal. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas actividades? Neste caso, quando?

Actividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Actividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objectos pesados, praticar desportos extenuantes	1	2	3
b) Actividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar vassoura, mope ou aspirador	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários degraus de escada	1	2	3
e) Subir um degrau de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilómetro	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 actividade regular, como consequência de sua saúde física?

	SIM	NAO
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras actividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras actividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras actividades (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 actividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	SIM	NAO
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras actividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das actividades 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 actividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Em relação a 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, a dor interferiu em 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 sigo 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	1	2	3	4	5	6

tem se sentido esgotado?						
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, a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas actividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.) em algum momento?

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?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitiva - mente falso
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	1	2	3	4	5

excelente					
-----------	--	--	--	--	--

CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

NB: Esta parte corresponde ao avaliador

Primeira fase: Dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for:	Pontuação:
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
07	Se a resposta for	Pontuação
	1	6,0
	2	5,4
	3	4,2
	4	3,1
	5	2,0
	6	1,0
08	A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7 Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)	

	Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1) Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte: Se a resposta for (1), a pontuação será (6) Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75) Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5) Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25) Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)
09	Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação: Se a resposta for 1, o valor será (6) Se a resposta for 2, o valor será (5) Se a resposta for 3, o valor será (4) Se a resposta for 4, o valor será (3) Se a resposta for 5, o valor será (2) Se a resposta for 6, o valor será (1) Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo
10	Considerar o mesmo valor.
11	Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação: Se a resposta for 1, o valor será (5) Se a resposta for 2, o valor será (4) Se a resposta for 3, o valor será (3) Se a resposta for 4, o valor será (2) Se a resposta for 5, o valor será (1)

Nesta fase irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida. Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde menta

Para isso deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

Valor obtido nas questões correspondentes – Limite inferior x 100

Variação (Score Range)

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3

Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25
--------------	---	---	----

Exemplos de cálculos:

➤ Capacidade funcional: (ver tabela)

Domínio: Valor obtido nas questões correspondentes – limite inferior x 100

Variação (Score Range)

$$\text{Capacidade funcional: } \frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$$

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

➤ Dor (ver tabela)

-Verificar a pontuação obtida nas questões 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4

- Aplicar fórmula:

Domínio: Valor obtido nas questões correspondentes – limite inferior x 100

Variação (Score Range)

$$\text{Então, Dor: } \frac{9,4 - 2}{10} \times 100 = 74$$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor.

Assim, deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo soma-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás.

Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

Data de avaliação

Maputo: / /2024

Anexo N°2



QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA IPAQ

– VERSÃO CURTA –

Nome: _____ Data: ____/____/____
Idade : ____ Sexo: F () M ()

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Este projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo. Suas respostas nos ajudarão a entender que tão ativos nós somos em relação à pessoas de outros países. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na ÚLTIMA semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por desporto, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação!

Para responder as questões lembre que: $\frac{3}{4}$ atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal $\frac{3}{4}$ atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez.

1a Em quantos dias da última semana você CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

Dias ____ por SEMANA () Nenhum

1b Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?

Horas: ____ Minutos: ____

2a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA)

Dias ____ por SEMANA () Nenhum

2b. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia? Horas: ____ Minutos: ____

3a Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração. dias _____ por SEMANA ()
Nenhum

3b Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia? horas: _____ Minutos: _____

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

4a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana? _____ horas
_____ minutos

4b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um dia de final de semana?
_____ horas _____ minutos.

INDIVIDUOS	CAMINHADA		MODERADA		VIGOROSA		CLASSIFICAÇÃO	
	F	D	F	D	F	D		
	1A	1B	2A	2B	3A	3B		
							Sedentário	
							Irregularmente Activo A	
							Irregularmente Activo B	
							Activo	
							Activo	
							Muito Activo	
							Muito Activo	

F..... frequência

D..... duração