

## PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA NO LAZER ENTRE IDOSOS DE ÁREA RURAL: CONDIÇÕES DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

### PRACTICE OF PHYSICAL ACTIVITY AMONG OLDER OF LEISURE IN RURAL AREA: HEALTH CONDITIONS AND QUALITY OF LIFE

Maycon Sousa Pegorari\*

Flavia Aparecida Dias\*

Nilce Maria de Freitas Santos\*\*

Darlene Mara dos Santos Tavares\*\*\*

---

#### RESUMO

A prática de atividade física contribui para o envelhecimento saudável favorecendo a qualidade de vida. O objetivo do estudo foi verificar a associação das condições de saúde e qualidade de vida com a prática de atividade física (PAF) no lazer em idosos rurais. Trata-se de inquérito domiciliar transversal e analítico conduzido com 850 idosos residentes em área rural. Utilizou-se análise descritiva, testes qui-quadrado e *t*-Student e regressões logística e linear múltipla ( $p < 0,05$ ). Idosos inativos apresentaram maior indicativo de depressão ( $p < 0,003$ ) e número de morbidades ( $p = 0,035$ ). A PAF no lazer foi associada aos maiores escores nos domínios físico ( $p < 0,001$ ), psicológico ( $p = 0,001$ ) e meio ambiente ( $p < 0,001$ ). A prática de atividade física no lazer deve ser incentivada tendo em vista o seu impacto positivo nas condições de saúde e na qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Idoso. Atividades de Lazer. População Rural.

---

#### INTRODUÇÃO

A prática de atividade física regular na perspectiva do envelhecimento saudável e ativo no curso de vida se constitui como uma condição favorável na manutenção da saúde e na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (MALTA; SILVA JÚNIOR, 2013), tendo em vista os benefícios físicos, psicológicos, sociais (MALTA et al., 2009; ADAMOLI; AZEVEDO, 2009).

A atividade física é caracterizada por qualquer movimento corporal decorrente da contração muscular que resulta em gasto energético (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSEN, 1985) e pode ser realizada em diferentes espaços: no trabalho, nos deslocamentos a pé ou de bicicleta, nas atividades domésticas e no lazer. No contexto do lazer, objeto de investigação no presente estudo,

refere-se àquela praticada no tempo livre, incluindo exercícios e esportes, entre outras (HOWLEY, 2001). A participação em atividades no tempo livre favorece a socialização, contribuindo para uma percepção otimista da qualidade de vida (QV) (ROCHA; TRIBESS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008), além de representar benefícios para a saúde (PATE et al., 1995) e associações mais consistentes, como por exemplo, com os fatores de risco de doenças cardiovasculares em comparação às atividades ocupacionais (SOFI et al., 2007).

A prevalência de atividade física no lazer apresenta-se com distinções a partir do contexto populacional observado, especialmente em áreas urbanas e rurais. Estudo em área urbana de Florianópolis-SC constatou 29,7% de idosos ativos fisicamente (GIEHL et al., 2012). Resultado inferior (10,1%) foi verificado entre adultos e idosos em duas comunidades rurais em

---

\* Mestre. Doutorando em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, Brasil.

\*\* Mestre em Atenção à Saúde. Doutoranda em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, Brasil.

\*\*\* Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem de Educação em Saúde Comunitária da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, Brasil.

município de Minas Gerais (BICALHO et al., 2010).

Desta maneira, acredita-se que o ambiente rural possa representar maior prevalência de indivíduos inativos fisicamente no lazer influenciando suas condições de saúde e QV. Populações rurais vivem numa realidade onde prevalece o isolamento, residências precárias, menores níveis socioeconômicos e educacionais, limitações de transporte, problemas crônicos de saúde e distância dos recursos sociais e de saúde (MORAIS; RODRIGUES; GERHARDT, 2008). Além disso, acrescentam-se a maior dedicação para o trabalho no campo e deficiência de espaços e equipamentos de lazer.

Investigação conduzida em área urbana verificou maior prevalência de idosos ativos no lazer nas categorias de maior escolaridade e renda; entre não fumantes e ex-fumantes, que consumiam bebida alcoólica e não tinham transtorno mental (ZAITUNE et al., 2010). No contexto rural, investigação constatou que as mulheres foram três vezes menos ativas que os homens (BICALHO et al., 2010).

Estudo de revisão sistemática aponta associação positiva entre atividade física e QV (PUCCI et al., 2012), entretanto, verifica-se carência de pesquisas mencionando esta relação na população idosa rural. Além disso, ressalta-se que a maioria dos estudos (GIEHL et al., 2012; ZAITUNE et al., 2010; SALVADOR et al., 2009) referentes à prática de atividade física no lazer em idosos no Brasil é oriunda de centros urbanos, sendo escassas (BICALHO et al., 2010) as informações naqueles residentes em áreas rurais. A averiguação dessa condição neste cenário pode-se instituir como estratégia na elaboração de ações e políticas de incentivo condizentes com as questões sociais, ambientais e culturais adequadas às realidades das comunidades rurais (BICALHO et al., 2010).

Desse modo, o objetivo deste estudo foi verificar a associação das condições de saúde e qualidade de vida com a prática de atividade física (PAF) no lazer em idosos rurais.

## MÉTODOS

Inquérito domiciliar transversal, observacional e analítico desenvolvido na zona rural do município de Uberaba-MG.

## Amostra

Para compor a população da zona rural, foi obtido, em junho de 2010, junto às Equipes de Saúde da Família (ESF), o número de idosos cadastrados em cada área de abrangência. A zona rural do referido município possui 100% de cobertura pela ESF, totalizando 1.297 idosos cadastrados.

A população do presente estudo constituiu-se dos idosos que atenderam aos critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais, sem declínio cognitivo mensurado pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM), residir na zona rural do município e aceitar participar da pesquisa. Foram excluídos: 105 (8,1%) apresentaram declínio cognitivo, 75 (5,8%) recusaram, 11 (3,8%) morreram, 57 (4,4%) não encontrados após três visitas, 117 (9%) mudaram de endereço, três (0,2%) hospitalizados e 79 (6,1%) cancelados por outros motivos. Portanto, participaram da pesquisa 850 idosos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, parecer nº 1477. Os idosos foram contatados em seus domicílios, aos quais foram apresentados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como os objetivos do estudo e oferecidas as informações pertinentes. Após a anuência e assinatura do referido termo pelo idoso, procedeu-se com a condução da entrevista.

## Instrumentos

A avaliação cognitiva foi realizada por meio do MEEM, traduzido e validado no Brasil (BERTOLUCCI et al., 1994). O MEEM tem o objetivo de avaliar as funções cognitivas. As questões são relacionadas à: orientação temporal (5 pontos); orientação para local (5 pontos); memória imediata (3 pontos); atenção e cálculo (5 pontos); evocação (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore pode variar de zero a 30 pontos, sendo sugeridos os seguintes pontos de corte: 13 para analfabetos, 18 para escolaridade baixa/média (de 1 a 11 anos) e 26 para alta escolaridade (superior a 11 anos) (BERTOLUCCI et al., 1994).

A prática de atividade física no lazer foi mensurada por meio de quatro questões: “*Você pratica alguma atividade física? Se sim, quantos*

dias da semana (frequência semanal)? Qual o tipo de atividade física? Quanto tempo em média duram essas atividades (tempo de duração em minutos)? Constituíram-se dois grupos: ativos no lazer (n=132) composto idosos que dispndiam 150 minutos ou mais de atividade física semanal; e inativos no lazer (n=718), idosos que dispndiam de 0 a 149 minutos de atividade física semanal. A classificação empregada para os grupos foi semelhante a outros estudos reportados na literatura (PATE et al., 1995; GIEHL et al., 2012; SALVADOR et al., 2009).

Para obtenção das variáveis socioeconômicas e morbidades autorreferidas pelo idoso, utilizou-se parte do Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional (BOMFAQ), adaptado do questionário *Older Americans Resources and Services* (OARS), empregado previamente em estudos com idosos residentes em São Paulo (RAMOS et al., 1998). As variáveis estudadas foram: sexo (feminino e masculino), faixa etária (60-70, 70-80 e 80 anos ou mais), estado conjugal (nunca se casou, casado ou mora com companheiro, viúvo e separado), escolaridade (sem, 1-4, 4-8, 8 e 9 anos ou mais), renda individual em salários mínimos (sem, <1, 1, 1-3, 3-5, >5), atividade profissional atual (dona de casa, empregada doméstica, trabalhador braçal, trabalhador rural, profissional liberal, agricultor, empresário, outro e não exerce). As morbidades foram inqueridas partindo-se de uma lista de 26 itens contemplados no BOMFAQ.

As variáveis relacionadas à saúde foram: consumo de bebida alcoólica autorreferida (sim ou não), tabagismo autorreferido (sim ou não), percepção de saúde negativa (péssima, má ou regular) e positiva (boa ou ótima) e número de morbidades autorreferidas.

O indicativo de depressão foi avaliado por meio da Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS) utilizada para rastreamento de depressão e está constituída por 15 questões fechadas com respostas objetivas (sim ou não) e com escore que pode variar de zero a 15 pontos. Considerou-se indicativo de depressão quando o escore obtido foi superior a cinco pontos (ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, A. S., 1999).

A QV foi mensurada por meio do *World Health Organization Quality of Life – BREF* (WHOQOL-BREF), que contém quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e duas questões genéricas (autoavaliação da QV e autossatisfação com a saúde), validado no Brasil (FLECK et al., 2000) e *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults* (WHOQOL-OLD) pelas facetas: funcionamento dos sentidos, autonomia, participação social, atividades passadas, presentes e futuras, morte e morrer; e intimidade, validado no Brasil (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006).

### Procedimentos

Os dados foram coletados nas residências do idoso no período de junho de 2010 a março de 2011 por 14 entrevistadores treinados quanto ao preenchimento dos instrumentos e a forma de abordar o idoso. Foram realizadas reuniões sistemáticas para treinamento inicial; posteriormente cada entrevistador iniciou o trabalho de campo acompanhado por um supervisor. A entrevista sem acompanhamento foi realizada somente quando o treinando foi considerado apto pela equipe de supervisão.

### Análise estatística

O banco de dados eletrônico foi construído no programa Excel<sup>®</sup>. Os dados coletados foram duplamente digitados, para posterior verificação das informações registradas. O banco de dados foi transportado para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0 para proceder à análise.

Os dados foram submetidos à análise descritiva por meio da distribuição de frequências simples, média e desvio padrão. Para a comparação dos grupos utilizaram-se os testes: qui-quadrado para as variáveis categóricas e *t-Student* para as numéricas. A fim de minimizar possíveis fatores de confundimento, as variáveis que apresentaram associação, foram ajustadas de acordo com o sexo e idade a partir do modelo de regressão logística binária para as variáveis relacionadas às condições de saúde. O teste de *Hosmer e Lemeshow* foi utilizado para analisar o grau de ajuste dos modelos multivariados criados. Para as variáveis número de morbidades

autorreferidas e relacionadas à QV, optou-se pelo modelo de regressão linear. As associações foram consideradas significativas quando  $p < 0,05$ . Cada domínio do WHOQOL-BREF e faceta do WHOQOL-OLD foram analisados isoladamente conforme suas respectivas sintaxes. Os escores variam de 0 a 100, com o maior número correspondendo à melhor QV.

## RESULTADOS

A prevalência de idosos ativos no lazer correspondeu a 15,5% (IC95%: 13,09-17,97). Não foram observadas diferenças estatísticas para as variáveis socioeconômicas. Em ambos os grupos (ativos e inativos), os maiores percentuais foram, respectivamente, para: sexo masculino [56,1% (IC95%: 47,54-64,24); 52,2% (IC95%: 48,57-55,86)], faixa etária 60-70 anos [65,9% (IC95%: 57,48-73,44); 59,6% (IC95%: 55,98-63,14)], casados ou moravam com companheiro [67,4% (IC95%: 59,04-74,83); 67,3% (IC95%: 63,75-70,60)], renda mensal de um salário mínimo [50% (IC95%: 41,59-58,41); 47,8%

(IC95%: 44,14-51,43)], atividade profissional dona de casa [40,9% (IC95%: 32,89-49,44); 39,6% (IC95%: 36,04-43,18)], seguidos por trabalhador rural [20,5% (IC95%: 14,46-28,12); 26,1% (IC95%: 22,97-29,38)] e 4-7 anos de estudo [40,2% (IC95%: 32,18-48,68); 36,1% (IC95%: 32,64-39,65)].

A ingestão de álcool [35,6% (IC95%: 27,95-44,08); 30,4% (IC95%: 27,11-33,82)] e o hábito de não fumar [13,6% (IC95%: 8,80-20,53); 20,2% (IC95%: 17,42-23,29)] foram, respectivamente, percentualmente maior entre os idosos ativos em relação aos não ativos, porém, sem diferença significativa entre os grupos, Tabela 1.

Idosos inativos no lazer apresentaram maior indicativo de depressão (OR=2,38; IC95%: 1,34-4,22;  $p < 0,003$ ) e referiram percepção negativa de saúde (OR=1,46; IC95%: 1,00-2,13;  $p = 0,05$ ), embora essa última associação com significância marginalmente estatística, Tabela 1.

A distribuição das condições de saúde dos idosos ativos e inativos no lazer, após ajuste por sexo e idade, está apresentada na Tabela 1.

**Tabela 1** - Distribuição de idosos ativos e inativos no lazer segundo condições de saúde. Uberaba, MG, 2011.<sup>a</sup>

Variáveis	Ativos		Inativos		OR	IC95%
	n	%	n	%		
<b>Consumo de álcool</b>						
Sim	47	35,6	218	30,4	-	-
Não	85	64,4	499	69,6		
<b>Tabagismo</b>						
Sim	18	13,6	145	20,2	-	-
Não	114	86,4	573	79,8		
<b>Indicativo de depressão</b>						
Sim	15	11,4	172	24,0	2,38	1,34-4,22*
Não	117	88,6	546	76,0		
<b>Percepção de saúde</b>						
Péssima/Má/Regular (negativa)	56	42,4	376	52,4	1,46	1,00-2,13*
Boa/Ótima (positiva)	76	57,6	342	47,6		

OR (*Odds Ratio*) para um intervalo de confiança (IC) de 95% para a razão de chances de prevalência; <sup>a</sup>Ajustado por sexo e idade;  $p < 0,05$ ; \*valor de  $p$  para o teste Hosmer e Lemeshow, respectivamente:  $p = 0,663$ ;  $p = 0,273$ .

Fonte: Os autores.

Constatou-se que o grupo inativo (4,84±3,06) apresentou maior número de morbididades quando comparado ao ativo

(4,15±2,69) ( $p < 0,009$ ) e essa diferença permaneceu significativa mesmo após o ajuste por sexo e idade ( $\beta = 0,068$ ;  $p = 0,035$ ).

As três morbidades que prevaleceram (problemas de visão e de coluna e hipertensão arterial), nos dois grupos, foram as mesmas, com percentuais diferentes, Tabela 2.

Houve associação entre o grupo de idosos inativos no lazer com as morbidades

artrite/artrose (OR= 1,84; IC95%: 1,14-2,97;  $p=0,012$ ) e tumores benignos (OR=0,36; IC95%: 0,13-0,96;  $p=0,047$ ), Tabela 2.

A Tabela 2 apresenta a distribuição de morbidades referidas pelos grupos de idosos ativos e inativos no lazer.

**Tabela 2** - Distribuição de morbidades referidas pelos idosos ativos e inativos no lazer. Uberaba, MG, 2011.<sup>a</sup>

Morbidades	Ativos		Inativos		OR	IC95%
	n	%	n	%		
Reumatismo	25	19,7	168	24,7	-	
Artrite/Artrose	23	18,3	201	29,4	1,84	1,14-2,97*
Osteoporose	12	9,4	110	15,8	-	-
Asma ou Bronquite	8	6,1	60	8,4	-	-
Tuberculose	1	0,8	1	0,1	-	-
Embolia	3	2,3	13	1,8	-	-
Hipertensão arterial	71	53,8	392	54,7	-	-
Má circulação (varizes)	34	25,8	232	32,5	-	-
Problemas cardíacos	29	22,1	191	26,9	-	-
Diabetes <i>Mellitus</i>	19	14,5	85	11,9	-	-
Obesidade	14	10,6	106	14,8	-	-
Acidente vascular encefálico	5	3,8	23	3,2	-	-
Parkinson	1	0,8	11	1,5	-	-
Incontinência urinária	10	7,6	86	12	-	-
Incontinência fecal	2	1,5	11	1,5	-	-
Prisão de ventre	10	7,6	102	14,2	-	-
Problemas para dormir	44	33,3	271	37,7	-	-
Catarata	18	14,2	153	22	-	-
Glaucoma	3	2,3	34	4,9	-	-
Problemas de coluna	72	54,5	413	57,6	-	-
Problema renal	12	9,2	103	14,5	-	-
Sequela acidente/trauma	16	12,1	80	11,2	-	-
Tumores malignos	1	0,8	11	1,5	-	-
Tumores benignos	6	4,6	12	1,7	0,36	0,13-0,96*
Problema de visão	74	56,1	406	56,6	-	-

OR (Odds Ratio) para um intervalo de confiança (IC) de 95% para a razão de chances de prevalência; <sup>a</sup> Ajustado por sexo e idade;  $p<0,05$ ; \*valor de  $p$  para o teste Hosmer e Lemeshow, respectivamente:  $p=0,679$ ;  $p=0,234$ .

Fonte: Os autores.

A prática de atividade física no lazer permaneceu associada aos maiores escores médios de QV, mensurada pelo WHOQOL-BREF, nos domínios: físico, ( $\beta=0,97$ ;  $p<0,001$ ); psicológico ( $\beta=0,97$ ;  $p=0,001$ ) e meio ambiente ( $\beta=0,97$ ;  $p<0,001$ ), Tabela 3.

Não foram observadas associações entre os

grupos para as facetas de QV avaliada pelo WHOQOL-OLD, Tabela 3.

A Tabela 3 apresenta os escores de QV, segundo os domínios do WHOQOL-BREF e as facetas do WHOQOL-OLD, para o grupo de idosos ativos e inativos no lazer.

**Tabela 3** - Distribuição dos escores de qualidade de vida do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD de idosos ativos e inativos no lazer. Uberaba, MG, 2011.<sup>a</sup>

Escore de QV	Ativos	Inativos	$\beta$	$p^*$
	Média $\pm$ DP	Média $\pm$ DP		
<b>WHOQOL-BREF</b>				
Físico	73,45 $\pm$ 12,72	68,43 $\pm$ 15,74	0,97	0,001
Psicológico	73,45 $\pm$ 10,97	69,51 $\pm$ 13,46	0,97	0,002
Relações sociais	75,94 $\pm$ 10,63	73,49 $\pm$ 13,14	-	-
Meio ambiente	66,66 $\pm$ 10,06	62,69 $\pm$ 11,89	0,97	<0,001
<b>WHOQOL-OLD</b>				
Funcionamento dos sentidos	70,50 $\pm$ 23,42	72,91 $\pm$ 22,38	-	-
Autonomia	68,89 $\pm$ 13,60	68,45 $\pm$ 19,44	-	-
Atividades passadas, presentes e futuras	70,78 $\pm$ 10,79	70,07 $\pm$ 12,40	-	-
Participação social	69,22 $\pm$ 10,77	67,79 $\pm$ 12,64	-	-
Morte e morrer	73,72 $\pm$ 22,32	72,72 $\pm$ 25,07	-	-
Intimidade	75,33 $\pm$ 16,58	74,07 $\pm$ 16,78	-	-

<sup>a</sup>Ajustado por sexo e idade, empregando-se regressão linear múltipla; \* $p < 0,05$ ; DP: desvio-padrão.

Fonte: Os autores.

## DISCUSSÃO

A prevalência de idosos ativos no lazer esteve abaixo dos resultados de outros estudos brasileiros, porém realizados na área urbana, a saber, Florianópolis-SC (29,7%) (GIEHL et al., 2012) e município de São Paulo-SP (28,4%) (ZAITUNE et al., 2010) e superior quando comparado às comunidades rurais no interior de Minas Gerais (10,1%) (BICALHO et al., 2010) com adultos e idosos. Na comparação com pesquisa internacional, os percentuais de idosos da zona rural da China, fisicamente ativos (78,1%) são superiores aos achados da presente investigação (MUNTNER et al., 2005).

Estes dados podem estar relacionados, embora não investigado, a fatores como a distância considerando que a zona rural tem suas peculiaridades sendo prevalente o isolamento e a distância dos recursos sociais e de saúde (MORAIS; RODRIGUES; GERHARDT, 2008). Infere-se que o maior percentual de inatividade física no lazer na zona rural seja decorrente da distância dos locais que oferecem possibilidade desta prática. Na localidade do presente estudo, destaca-se além da distância dos serviços de saúde e da área urbana, a dificuldade de transporte inviabilizando a prática de atividade física. Além disso, há de se pensar na possível escassez de informação sobre os seus benefícios.

Soma-se ainda, que muitos idosos, durante a coleta de dados, afirmaram acreditar que o esforço físico decorrente das atividades do campo e no ambiente doméstico já se constitui como suficiente para a prática de atividade física.

Referente às condições sociodemográficas e econômicas, pesquisa realizada em comunidades rurais no interior de Minas Gerais com adultos e idosos, evidenciou que a atividade física de lazer foi mais prevalente nos indivíduos com maior escolaridade, nos mais jovens e entre os homens (BICALHO et al., 2010), condizente com o observado na presente investigação.

Em relação à ingestão de álcool e o hábito de não fumar, diferentemente dos resultados obtidos, investigação do município em área urbana de São Paulo constatou maior prevalência de idosos ativos no lazer entre não fumantes e ex-fumantes, e que consumiam bebida alcoólica, de 1 a 3 vezes por semana. O consumo moderado de álcool pode sinalizar boa condição física do idoso, indicando ausência de doença grave ou que impeça tal ingestão. Já o interesse ou necessidade de adesão de práticas mais saudáveis pode explicar o abandono do fumo (ZAITUNE et al., 2010).

Concernente ao indicativo de depressão, resultado semelhante ao presente estudo foi evidenciado no município urbano de

Florianópolis-SC em que idosos inativos tinham 2,38 vezes mais chance para sintomas depressivos que os ativos. Sabe-se que idosos depressivos apresentam diminuição do interesse e motivação para adesão às atividades físicas, culturais e sociais (BENEDETTI et al., 2008). A prática de atividade física favorece o aumento da secreção de endorfina e serotonina por meio da atuação nos mecanismos neuroendócrinos podendo resultar em melhoria da ansiedade e humor (ZAITUNE et al., 2010). Além disso, contribui para o gerenciamento de desordens como a depressão, ampliando o convívio social e a estimulação corporal (BENEDETTI et al., 2008).

A percepção de saúde negativa esteve associada marginalmente aos idosos inativos no lazer neste estudo. Investigação em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios urbanos das regiões Sul e Nordeste do Brasil constatou que idosos sedentários apresentaram 62% mais chances de autopercepção de saúde ruim (SIQUEIRA et al., 2008). Acredita-se que os benefícios físicos, psicológicos e sociais advindos da prática de atividade física no lazer podem favorecer que indivíduos ativos compreendam sua saúde mais positivamente em relação àqueles inativos.

Referente às morbidades, no município de São Paulo, pesquisa conduzida com idosos da comunidade urbana, verificou resultado divergente em que as doenças mais prevalentes foram hipertensão arterial (53,3%), artrite/artrose (31,7%) e doença cardiovascular (19,5%) (PAES et al., 2008). Em relação ao número de doenças, investigação conduzida em município de área urbana da Bahia constatou que os idosos ativos tinham número inferior de doenças comparado aos inativos fisicamente, corroborando com o presente estudo (ROCHA; FREIRE, 2007). A inatividade física é uma considerada um fator de risco para DCNT, além de se constituir um dos pilares do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento dessa condição mundialmente (KOHL et al., 2012). Neste sentido, a prática de atividade física no lazer deve ser incentivada, tendo em vista os benefícios na redução das DNCT (MALTA; SILVA JÚNIOR, 2013) bem como seu controle.

Constatou-se que a inatividade física no lazer permaneceu associada à artrite/artrose. Estudo evidenciou que a prática de atividade física não tem impacto sobre o seu processo fisiopatológico desta morbidade, porém é efetiva no controle da dor e na melhora da funcionalidade dos idosos (FRANSEN; MCCONNELL, 2008). Infere-se que idosos ativos no lazer apresentam condições físico-funcionais mais favoráveis em relação aos inativos. Por outro lado, a limitação imposta pela doença mais evidente nos idosos poderia contribuir para a restrição na prática de atividade física no lazer. Este fato sugere que este aspecto seja investigado entre os idosos visando esclarecer esta relação.

Concernente ao menor desenvolvimento de tumores benignos em idosos ativos sabe-se que a prática de atividade física reduz o risco de desenvolver obesidade, considerada fator de risco para diversos tipos de tumores, benignos e malignos (BRASIL, 2011), o que poderia explicar a associação encontrada no presente estudo.

Sobre a QV, no domínio físico, condizente com esta investigação, inquérito conduzido entre idosos na Europa em área urbana, evidenciou que o maior volume de atividade física apresentou-se relacionado aos maiores escores ( $p<0,05$ ) (FOX et al., 2007), ou seja, melhores escores dentre os praticantes de atividade física. Além disso, no presente estudo, este fato poderia estar relacionado, ao maior percentual de morbidades entre os inativos que poderia contribuir para a dor e desconforto, avaliados neste domínio (FLECK et al., 2000).

Observou-se resultado semelhante ao encontrado entre idosos na Europa em área urbana, no qual a atividade física esteve relacionada a maiores escores no domínio psicológico ( $p<0,01$ ) (FOX et al., 2007). Destaca-se que neste estudo houve maior percentual de indicativo de depressão entre os inativos. Este domínio avalia, dentre outros fatores, sentimentos negativos e autoestima (FLECK et al., 2000), que podem apresentar-se impactados entre indivíduos com depressão, sugerindo menor escore neste domínio.

Além disso, infere-se que a prática de atividades física no lazer pode contribuir para melhoria da ansiedade e humor, evidenciando a necessidade de avaliação do estado mental do idoso, para que ele seja capaz de superar os

limites que a depressão e ansiedade podem provocar (ZAITUNE et al., 2010).

Consoante ao meio ambiente verificou-se resultado condizente ao obtido entre idosos na Europa em área urbana, no qual a atividade física esteve relacionada a maiores escores neste domínio ( $p < 0,01$ ) (FOX et al., 2007). Considerando que este domínio avalia entre outros fatores a segurança, participação e oportunidades de recreação e lazer (FLECK et al., 2000), infere-se que estes aspectos estejam melhores dentre os participativos, propiciando maior facilidade para realização de atividades físicas. Nesse sentido, é necessário que os serviços de saúde avaliem qual o impacto do meio ambiente na incorporação de atividades físicas no lazer dentre os idosos. Deste modo, será possível implementar práticas condizentes com a realidade local de acordo com as possibilidades do idoso e seu ambiente.

Sabe-se que programas de atividade física no lazer devem considerar aspectos ambientais como calçadas, iluminação, segurança, pontos de comércio e convívio social (SALVADOR et al., 2009). No entanto, em áreas rurais pode-se ter dificuldade nestes itens exigindo que os serviços de saúde adaptem suas propostas. Áreas verdes e suporte social são preditivos de maior atividade física (SALVADOR et al.,

2009), podendo os serviços de saúde explorar estes aspectos, desenvolvendo ações em locais estratégicos da comunidade, de maior aglomeração de indivíduos.

A escassez de estudos acerca da prática de atividade física no lazer em idosos residentes em área rural restringiu as comparações dos resultados aqui apresentados. As limitações incluem o uso de questões gerais por meio autorrelato da prática de atividade física no lazer e das morbidades, assim como a natureza transversal que dificulta o entendimento em análises temporais e impossibilita inferir a relação de causalidade.

## CONCLUSÕES

Idosos de área rural apresentaram elevado percentual de indivíduos inativos no lazer com maior número de morbidades, indicativo de depressão e percepção negativa de saúde; enquanto que nos ativos, foram observados maiores escores de QV nos domínios físico, psicológico e meio ambiente do WHOQOL-BREF. A prática de atividade física no lazer deve ser incentivada entre os idosos de área rural, tendo em vista o seu impacto positivo nas condições de saúde e na QV.

---

## PRACTICE OF PHYSICAL ACTIVITY AMONG OLDER OF LEISURE IN RURAL AREA: HEALTH CONDITIONS AND QUALITY OF LIFE

### ABSTRACT

Regular physical activity contributes to healthy aging favoring quality of life. The aim of the study was to investigate the association of health and quality of life with physical activity (PAF) at leisure in the rural elderly. It is cross-sectional analytical household survey conducted with 850 elderly living in rural areas. We used descriptive analysis, chi-square and t-Student and logistics and multiple linear regressions ( $p < 0.05$ ). Inactive elderly showed greater indicative of depression ( $p < 0.003$ ) and number of comorbidities ( $p = 0.035$ ). The PAF during leisure time was associated with higher scores in ( $p < 0.001$ ), psychological ( $p = 0.001$ ) and environment ( $p < 0.001$ ) physical domains. The practice of physical activity in leisure time should be encouraged in view of its positive impact on health and quality of life.

**Keywords:** Elderly. Leisure Activity. Population Rural.

---

## REFERÊNCIAS

ADAMOLI, A. N.; AZEVEDO, M. R. Padrões de atividade física de pessoas com transtornos mentais e de comportamento. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 243-251, 2009.

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, A. S. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v. 57, n. 02B, p. 421-426, 1999.

BENEDETTI, T. R. B. et al. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 302-307, 2008.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BICALHO, P. G. et al. Atividade física e fatores associados em adultos de área rural em Minas Gerais, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 5, p. 884-893, 2010.



- BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **ABC do câncer:** abordagens básicas para o controle do câncer. 1. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2011. 128p.
- CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSEN, G. M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**, Rockville, v. 100, no. 2, p. 126-131, 1985.
- FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.
- FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, no. 5, p. 785-791, 2006.
- FRANSEN, M.; MCCONNELL, S. Exercise for osteoarthritis of the knee. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, London, v. 4, p. CD004376, 2008.
- FOX, K. R. et al. Physical activity and mental well-being in older people participating in the Better Ageing Project. **European Journal of Applied Physiology**, Berlin, v. 100, no. 5, p. 591-602, 2007.
- GIEHL, M. W. C. et al. Atividade física e percepção do ambiente em idosos: estudo populacional em Florianópolis. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 516-525, 2012.
- HOWLEY, E.T. Type of activity: resistance, aerobic and leisure versus occupational physical activity. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Hagerstown, v. 33, no. 6, p. S364-S369, 2001. Suppl.
- KOHL, H. W. et al. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. **The Lancet**, London, v. 380, p. 294-305, 2012.
- MALTA, D. C.; SILVA JÚNIOR, J. B. O Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 22, n. 1, p. 151-164, 2013.
- MALTA, D. C. et al. Política nacional de promoção da saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiologia Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 18, n. 1, p. 65-78, 2009.
- MORAIS, E. P.; RODRIGUES, R. A. P.; GERHARDT, T. E. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. **Texto contexto – enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 374-383, 2008.
- MUNTNER, P. et al. Prevalence of physical activity among chinese adults: Results from the international collaborative study of cardiovascular disease in Asia. **The American Journal of Public Health**, New York, v. 95, no. 5, p. 1631-1636, 2005.
- PAES, M. J. O. et al. Impacto do sedentarismo na incidência de doenças crônicas e incapacidades e na ocorrência de óbitos entre os idosos do Município de São Paulo. **Saúde Coletiva**, Barueri, v. 24, n. 5, p. 183-188, 2008.
- PATE, R. R. et al. Physical activity and public health. A recommendation from the centers for disease control and prevention and the American college of sports medicine. **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 273, no. 5, p. 402-407, 1995.
- PUCCI, G. C. M. F. et al. Associação entre atividade física e qualidade de vida em adultos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 166-179, 2012.
- RAMOS, L. et al. Two-year follow-up study of elderly residents in S. Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 5, p. 397-407, 1998.
- ROCHA, S. V.; FREIRE, M. O. Nível de atividade física habitual e autopercepção do estado de saúde em idosas do município de Jequié-BA. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 20, n. 3, p. 161-167, 2007.
- ROCHA, S. V.; TRIBESS, S.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Atividade física habitual e qualidade de vida de mulheres idosas com baixa condição econômica. **Revista de Educação Física da Universidade Estadual de Maringá**, Maringá, v. 19, n. 1, p. 101-108, 2008.
- SALVADOR, E. P. et al. Percepção do ambiente e prática de atividade física no lazer entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 972-980, 2009.
- SIQUEIRA, F. V. et al. 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**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 39-54, 2008.
- SOFI, F. et al. Leisure time but not occupational physical activity significantly affects cardiovascular risk factors in an adult population. **The European Journal of Clinical Investigation**, Oxford, v. 37, no. 12, p. 947-953, 2007.
- ZAITUNE, M. P. A. et al. Fatores associados à prática de atividade física global e de lazer em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP), Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1606-1618, 2010.

Recebido em 13/10/2014  
Revisado em 29/01/2015  
Aceito em 25/02/2015

**Endereço para correspondência:** Darlene Mara dos Santos Tavares Correio. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, UFTM, Uberaba - MT, Brasil. E-mail: darlenetavares@enfermagem.uftm.edu.br.