

## loga e qualidade de vida em pessoas idosas

**Nídia Braz**

ORCID: 0000-0002-1451-6417

**Ezequiel Pinto**

ORCID: 0000-0001-9322-2937

**Elena Shiliaeva**

Informação do artigo

Recebido: 25/09/2024

Revisto: 10/10/2024

Aceite: 12/11/2024



### RESUMO

Este trabalho teve como objetivo verificar a associação entre a prática de loga e a qualidade de vida em pessoas idosas. Levou-se a cabo um estudo transversal, correlacional, numa amostra não-aleatória de 40 idosos de ambos os sexos, com idades entre os 55 e os 80 anos, não institucionalizados, residentes em diferentes municípios do distrito de Faro, dividida em 2 grupos: praticantes de loga e não-praticantes. Recolheram-se dados através de uma entrevista semiestruturada que incluía questões sobre variáveis sociodemográficas e as versões validadas para português do Questionário de Qualidade de Vida, da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage e do Questionário Internacional de Atividade Física. Analisaram-se os dados com o programa Statistical Package for Social Sciences, versão 28. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre praticantes de ioga e não-praticantes, exceto nas opiniões sobre o ioga. Independentemente da experiência prévia com o ioga, os participantes, no geral, indicam que esta prática pode ajudar durante o processo de envelhecimento. Para os participantes, uma qualidade de vida satisfatória significa estar saudável, fisicamente ativo, ser autónomo, mas ter um bom suporte social, ter oportunidade para participar ativamente na vida social e manter o bem-estar psicológico. De forma a analisar com mais rigor a existência de alterações na qualidade de vida e bem-estar associadas ao loga, investigações futuras devem seguir um desenho longitudinal, com uma amostra mais abrangente e de maior dimensão.

---

**Palavras-chave:** loga; Qualidade de Vida; Envelhecimento saudável

---

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural e inevitável, caracterizado por alterações biológicas, psicológicas e sociais, que afetam a qualidade de vida. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade de vida em idosos é um constructo multidimensional, envolvendo a percepção individual sobre a posição na vida, o contexto cultural e social, e os objetivos, preocupações e expectativas (World Health Organization, 2021). Esta definição é reforçada na literatura recente, que propõe que a qualidade de vida resulta da interação entre as condições externas da vida dos idosos e as suas percepções internas (Noto, 2023; Vanleerberghe et al., 2017).

A promoção de um envelhecimento saudável, que maximize a qualidade de vida, tem vindo a ganhar especial relevância devido ao crescente envelhecimento populacional, especialmente em Portugal, que se posiciona como um dos países mais envelhecidos do mundo (UN, 2020). Este fenómeno tem levado ao desenvolvimento de estratégias e políticas públicas, como a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS 2017-2025), que visa otimizar as oportunidades de saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida dos idosos (Ribeiro Machado et al., 2021).

A prática de atividade física é apontada como um dos fatores determinantes para um envelhecimento saudável, sendo associada à capacidade de preservar a saúde física e mental, melhorar a força muscular, a mobilidade e prevenir doenças (Daskalopoulou et al., 2017; Moreno-Agostino et al., 2020). A OMS recomenda que os idosos pratiquem entre 150 e 300 minutos de atividade física aeróbica de intensidade moderada por semana, ou entre 75 e 150 minutos de

atividade vigorosa, para alcançar benefícios de saúde (Bull et al., 2020). No entanto, a qualidade de vida na velhice não depende apenas da prática de atividade física, mas também de outros fatores sociodemográficos, como a idade, ou a escolaridade (Noto, 2023).

O ioga integra aspetos físicos e mentais, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida. Através de posturas, exercícios respiratórios e meditação, o ioga contribui para a manutenção da saúde física e mental, sendo eficaz na gestão do stress, ansiedade e depressão, frequentemente associados ao envelhecimento (Massierer et al., 2017). Estudos demonstram que a prática regular de ioga pode melhorar a força muscular, a flexibilidade e o equilíbrio, reduzir o risco de quedas, aumentar a autoconfiança e a autonomia funcional dos idosos (Bankar et al., 2013; Gonçalves et al., 2011).

Este estudo propõe-se a investigar de que forma a prática de ioga pode influenciar a percepção de qualidade de vida dos idosos, comparando praticantes e não-praticantes desta modalidade. Além disso, procura-se compreender a relação entre a qualidade de vida e variáveis como idade, sexo, escolaridade e nível de atividade física, com o intuito de fornecer uma visão mais abrangente sobre os fatores que contribuem para um envelhecimento ativo e bem-sucedido.

O objetivo geral deste trabalho foi avaliar a percepção da qualidade de vida em idosos, considerando a prática de ioga, de atividade física e variáveis sociodemográficas e de saúde. Definiram-se como objetivos específicos:

1. Analisar a percepção da qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, relações sociais e ambiente, em praticantes e não-praticantes de ioga.

2. Avaliar a relação entre a prática de ioga e a qualidade de vida.
3. Investigar a associação entre a percepção de qualidade de vida e a idade, sexo, escolaridade e nível de atividade física.
4. Determinar a presença e o nível de depressão em praticantes e não-praticantes.
5. Identificar eventuais diferenças entre praticantes e não-praticantes de ioga na percepção da qualidade de vida e no nível de atividade física.

## METODOLOGIA

Realizou-se um estudo transversal, correlacional. A população-alvo foi composta por indivíduos com idade igual ou superior a 55 anos, de ambos os sexos, residentes no distrito de Faro. Construiu-se uma amostra não-aleatória de participantes recrutados em instituições e associações que oferecem atividades dirigidas a idosos, entre elas estúdios de ioga e associações de reformados. A amostra final foi composta por 20 praticantes de ioga e 20 não praticantes, num total de 40 participantes, com idades entre os 55 e os 80 anos, não-institucionalizados, residentes em diferentes municípios do distrito de Faro. A recolha de dados foi realizada por um investigador, através de entrevista semiestruturada, onde, para além

do registo de dados sociodemográficos (idade, género, estado civil, nível de escolaridade, profissão) e de questões relacionadas com a prática do ioga (prevalência, tempo de experiência, opinião sobre esta prática) se aplicou:

- A versão portuguesa do Questionário de Qualidade de vida (WHOQOL-Bref) (WHO, n.d.; Becker, 2013), composta por 26 itens e organizada nos domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente, Qualidade de Vida em geral;
- A versão curta da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, versão portuguesa da *Geriatric Depression Scale*, traduzida e validada por Veríssimo (1988). A versão original desta escala foi a primeira construída com o objetivo de ser utilizado especificamente em pessoas idosas (Apóstolo, 2014);
- A versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), que permite analisar os hábitos de atividade física em diferentes contextos (trabalho, tarefas domésticas,

transporte e lazer) nos últimos sete dias (Campaniço, 2016).

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 28. Descreveram-se as variáveis qualitativas através de frequências relativas e absolutas, considerando o total de respostas válidas. As variáveis quantitativas foram descritas através da média, mediana, desvio padrão e amplitude interquartil, sempre que apropriado.

Ainda que as variáveis operacionalizadas em escala tipo Likert sejam, conceptualmente, variáveis qualitativas ordinais, em algumas análises foram sumarizadas através da média, mediana e desvio padrão, para facilidade de interpretação dos resultados.

Analisou-se a adesão da distribuição das variáveis quantitativas à distribuição Normal através do teste de Kolmogorov-Smirnov e, dado que todas as variáveis em estudo apresentavam distribuição não-Normal, utilizaram-se procedimentos estatísticos não-paramétricos.

Nas variáveis quantitativas, utilizou-se o teste de Mann-Whitney para comparação entre dois grupos. Para análise de associações ou diferenças entre variáveis qualitativas utilizou-se o teste do qui-quadrado para a independência ou, quando não estavam reunidas as condições para a sua aplicação, os

testes exatos de Fisher ou de Fisher-Freeman-Halton. Utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman para analisar a associação entre variáveis quantitativas.

O nível de significância estatística para todos os procedimentos de estatística inferencial foi estabelecido em 0,05.

Este estudo foi autorizado pela Comissão de Ética da Universidade do Algarve e cumpriram-se as disposições de confidencialidade e todas as boas práticas associadas.

Recolheram-se dados de 40 participantes de ambos os sexos, com idades entre os 55 e os 80 anos (media de 65,42 anos), divididos entre 20 praticantes de loga (Grupo 1) e 20 não-praticantes (Grupo 2). Dos não-praticantes, 50% (n=10) reportaram a experiência anterior de prática de loga, mas não o praticavam no momento da entrevista. Os restantes elementos deste grupo (50%; n=10) não possuem experiência anterior com loga. O quadro I apresenta a caracterização sociodemográfica para todos os participantes e para os grupos 1 e 2.

Quadro I. Características sociodemográficas dos participantes (Grupo 1, praticantes de loga, n=20 e Grupo 2, não-praticantes, n=20)

| Variável                      | Total          |          | Grupo 1         |                | Grupo 2  |                                    |
|-------------------------------|----------------|----------|-----------------|----------------|----------|------------------------------------|
|                               | (n=40)         |          | (n=20)          |                | (n=20)   |                                    |
| Idade (anos):<br>Média<br>±DP | 65<br>.4       | ±7.<br>3 | 65<br>.2        | ±6.<br>5       | 65<br>.5 | ±8.<br>2<br>0.8<br>65 <sup>a</sup> |
| Sexo:<br>Feminino;<br>n (%)   | 34<br>(85<br>) |          | 20<br>(10<br>0) | 14<br>(70<br>) |          | 0.0<br>2 <sup>b</sup>              |

|                                           |     |        |     |       |     |       |                    |
|-------------------------------------------|-----|--------|-----|-------|-----|-------|--------------------|
| Masculino; n (%)                          | 6   | (15)   | 0   | (0)   | 6   | (30)  |                    |
| Escolaridade:                             |     |        |     |       |     |       |                    |
| 1.º ciclo Ensino Básico incompleto; n (%) | 3   | (7.5)  | 1   | (5)   | 2   | (10)  | 0.084 <sup>c</sup> |
| 1.º ciclo Ensino Básico; n (%)            | 4   | (10)   | -   | -     | 4   | (20)  |                    |
| 2.º ciclo do Ensino Básico; n (%)         | 2   | (5)    | -   | -     | 2   | (10)  |                    |
| 3.º ciclo do Ensino Básico; n (%)         | 3   | (7.5)  | 2   | (10)  | 1   | (5)   |                    |
| Ensino Secundário; n (%)                  | 6   | (15)   | 5   | (25)  | 1   | (5)   |                    |
| Licenciatura; n (%)                       | 7   | (17.5) | 5   | (25)  | 2   | (10)  |                    |
| Mestrado ou Doutoramento; n (%)           | 15  | (37.5) | 7   | (35)  | 8   | (40)  |                    |
| Situação perante o trabalho:              |     |        |     |       |     |       |                    |
| Ativo; n (%)                              | 18  | (45)   | 9   | (45)  | 9   | (45)  | 1.0 <sup>b</sup>   |
| Aposentado; n (%)                         | 22  | (55)   | 11  | (55)  | 11  | (55)  |                    |
| Vive com: Cônjuge; n (%)                  | 22  | (55)   | 12  | (60)  | 10  | (50)  | 0.751 <sup>b</sup> |
| Filhos; n (%)                             | 6   | (15)   | 4   | (20)  | 2   | (10)  | 0.661 <sup>b</sup> |
| Pais; n (%)                               | 2   | (5)    | 1   | (5)   | 1   | (5)   | 1.0 <sup>b</sup>   |
| Outros familiares; n (%)                  | 2   | (5)    | 2   | (10)  | -   | -     | 0.487 <sup>b</sup> |
| Sozinho(a); n (%)                         | 15  | (37.5) | 5   | (25)  | 10  | (50)  | 0.191 <sup>b</sup> |
| Elementos no agregado familiar:           |     |        |     |       |     |       |                    |
| Média ±DP                                 | 0.9 | ±0.93  | 1.1 | ±0.89 | 0.8 | ±0.97 |                    |
| Mediana (AIQ)                             | 1   | (1)    | 1   | (0)   | 1   | (1)   | 0.211 <sup>d</sup> |

DP – desvio padrão; AIQ – amplitude interquartil; Diferenças entre grupos analisadas com: <sup>a</sup> – Teste t-de-Student; <sup>b</sup> – Teste exato de Fisher; <sup>c</sup> – Teste exato de Fisher-Freeman-Halton; <sup>d</sup> – Teste de Mann-Whitney; Diferenças significativas (p<0.05) destacadas a **negrito**

Os participantes eram predominantemente do sexo feminino (85%; n=34), sendo o Grupo 1 composto exclusivamente por mulheres. A maioria dos participantes tem formação ao nível do ensino superior (55%).

A maioria dos participantes estão reformados (55%) enquanto os restantes continuam a desempenhar as suas funções profissionais (45%).

Sobre a composição de agregado familiar atual, 37.5% dos participantes vivem sozinhos. Os restantes vivem com o cônjuge (55%), com filhos adultos (5%), com os pais (5%), ou com outros familiares (5%).

Compararam-se entre si os indivíduos do Grupo 2, ou seja, os indivíduos com algum tipo de experiência prévia de ioga (G2A; n=10) e os indivíduos sem experiência prévia (G2B; n=10). Adicionalmente, compararam-se também os participantes considerando três grupos: praticantes de ioga (G1; n=20), não praticantes com experiência anterior (G2A; n=10) e não praticantes sem experiência anterior (G2B; n=10).

À exceção do género, onde se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os participantes nos dois grupos (p=0.02), não se encontraram diferenças em

nenhuma das outras variáveis sociodemográficas em estudo, mesmo quando subdividindo o grupo 2 (não-praticantes de ioga) em não-praticantes com experiência anterior (n=10) e não praticantes sem experiência anterior (p>0.05 para todos os testes, usando o teste de Mann-Whitney, teste exato de Fisher, teste exato de Fisher-Freeman-Halton). Estes resultados, aqui omitidos, sugerem que os participantes não diferem significativamente em termos sociodemográficos.

A maioria dos participantes referiu sofrer de pelo menos uma doença crónica (n=21; 52.5%), sendo a mais comum a hipertensão arterial (n=10; 25%); duas pessoas reportam sofrer de varizes (5%) e duas de artrite (5%). Foram nomeadas, apenas um participante cada: asma, colite ulcerosa, hérnia inguinal, síndrome de Sjögren e doença da tiroide.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre G1 e G2 na prevalência de doença crónica (p=0.113), no geral, ou na prevalência de hipertensão arterial (p=0.329). Em 80% dos participantes que reportaram uma doença, esta existe há pelo menos 10 anos. A maior parte dos doentes (52.5%) reporta a necessidade de tomar regularmente medicamentos para controlar o seu estado de saúde.

Os resultados do IPAQ mostram que 30% da amostra apresenta um nível baixo de atividade

física (n=12), 45% um nível moderado (n=18) e 25% um nível alto (n=10).

O nível baixo de atividade física registou-se em 35% de praticantes de ioga e 25% de não-praticantes; o nível moderado, 30% e 60%, respetivamente; o nível alto, 35% e 15% respetivamente. As diferenças entre participantes e não-participantes não são estatisticamente significativas (p=0.140).

O tempo passado sentado varia entre 20 e 840 min/dia, com média 236.6±195.56 min. As médias diárias dos diferentes tipos de atividade física são 22.6±37.16 min de atividade vigorosa, 46.5±42.41 min de atividade moderada e 55.6±37.15 a caminhar. Em relação ao rastreio da depressão através da escala de Yesavage, verifica-se a identificação de depressão moderada num participante (2,5%), depressão ligeira em 11 participantes (27,5%) e 28 participantes sem indícios de depressão (70%). As diferenças entre grupos (G1 e G2) não são estatisticamente significativas (p=0.529) Os resultados desta escala encontram-se no quadro II.

Quadro II. Avaliação de risco de Depressão em praticantes (G1; n=20) e não-praticantes de ioga (G2; n=20)

|                                              | Total<br>(n=40)<br>% | Grupo 1<br>(n=20)<br>% | Grupo 2<br>(n=20)<br>% | Valor de P         |
|----------------------------------------------|----------------------|------------------------|------------------------|--------------------|
| Não está satisfeito com a vida               | 2.5                  | -                      | 5                      | 1 <sup>a</sup>     |
| Abandonou muitos dos interesses e atividades | 27.5                 | 25                     | 30                     | 0.723 <sup>b</sup> |
| Sente que a vida está vazia                  | 10                   | 15                     | 5                      | 0.605 <sup>a</sup> |

|                                                                         |         |         |         |                    |
|-------------------------------------------------------------------------|---------|---------|---------|--------------------|
| Sente-se frequentemente aborrecido                                      | 17.5    | 30      | 5       | 0.091 <sup>a</sup> |
| Na maior parte do tempo não está de bom humor                           | 15.0    | 10      | 20      | 0.661 <sup>a</sup> |
| Tem medo do que algo de mal lhe aconteça?                               | 57.5    | 45      | 70      | 0.110 <sup>b</sup> |
| Não se sente feliz na maior parte do tempo                              | 20.0    | 15      | 25      | 0.695 <sup>a</sup> |
| Sente-se frequentemente abandonado/desamparado                          | 5.0     | 5       | 5       | 1 <sup>a</sup>     |
| Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas                      | 45.0    | 30      | 60      | 0.111 <sup>b</sup> |
| Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da mesma idade | 22.5    | 30      | 15      | 0.451 <sup>a</sup> |
| Atualmente, não acha que é maravilhoso estar vivo                       | 7.5     | 10      | 5       | 1 <sup>a</sup>     |
| Sente-se inútil                                                         | 10.0    | 15      | 5       | 0.605 <sup>a</sup> |
| Não se sente cheio de energia                                           | 25.0    | 25      | 25      | 1 <sup>a</sup>     |
| Sente-se sem esperança                                                  | 20.0    | 25      | 15      | 0.695 <sup>a</sup> |
| Acha que as outras pessoas estão melhores                               | 22.5    | 25      | 20      | 1 <sup>a</sup>     |
| Pontuação total (M±DP)                                                  | 3.1±2.6 | 3.1±3.2 | 3.1±2.1 |                    |
| Pontuação total (Md; AIQ)                                               | 2; 4    | 2; 5.5  | 2.5; 3  | 0.529 <sup>c</sup> |
| Classificação (%): Sem depressão                                        | 70%     | 70%     | 70%     | 1 <sup>a</sup>     |
| Depressão moderada                                                      | 27.5%   | 25%     | 30%     |                    |
| Depressão grave                                                         | 2.5%    | 5%      | -       |                    |

Notas: DP – desvio padrão; AIQ – amplitude interquartil; Diferenças entre grupos analisadas com: <sup>a</sup> – Teste t-de-Student; <sup>b</sup> – Teste exato de Fisher; <sup>c</sup> – Teste exato de Fisher-Freeman-Halton; <sup>d</sup> – Teste de Mann-Whitney

Quanto à avaliação da Qualidade de Vida, verifica-se um nível alto em todos os domínios: Físico – 76.88, Psicológico – 73.02, Relações Sociais – 69.90 e Ambiente – 73.28. As diferenças entre grupos e os resultados apresentam-se no Quadro III. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas.

Quadro III. Avaliação de Qualidade de Vida em praticantes (G1; n=20) e não-praticantes de loga (G2; n=20)

|                                                | Total (n=40) | Grupo 1 (n=20) | Grupo 2 (n=20) | Valor de p |
|------------------------------------------------|--------------|----------------|----------------|------------|
| Como avalia a sua qualidade de vida?           |              |                |                |            |
| (M±DP)                                         | 4.1±0.6      | 4.3±0.6        | 3.9±0.6        |            |
| (Md; AIQ)                                      | 4; 0.5       | 4; 1           | 4; 0           | 0.121      |
| Até que ponto está satisfeito com a sua saúde? |              |                |                |            |
| (M±DP)                                         | 3.8±0.7      | 3.8±0.7        | 3.9±0.7        |            |
| (Md; AIQ)                                      | 4; 1         | 4; 1           | 4; 0           | 0.529      |
| Domínios da Qualidade de Vida                  |              |                |                |            |
| Físico: (M±DP)                                 | 76.9±13.3    | 76.6±14.3      | 77.1±12.6      |            |
| (Md; AIQ)                                      | 78.6; 19.6   | 80.4; 25       | 78.6; 16.1     | 0.904      |
| Psicológico: (M±DP)                            | 73±13.2      | 75.6±14.6      | 70.4±11.3      |            |
| (Md; AIQ)                                      | 75; 14.6     | 77.1; 12.5     | 72.9; 14.6     | 0.183      |
| Relações sociais: (M±DP)                       | 69.9±19.2    | 70.2±16.8      | 69.6±21.7      |            |
| (Md; AIQ)                                      | 66.7; 25     | 66.7; 18.8     | 66.7; 33.3     | 0.925      |
| Ambiente: (M±DP)                               | 73.3±14.7    | 76.6±15.3      | 70.0±13.7      |            |
| (Md; AIQ)                                      | 71.9; 20.3   | 75; 26.6       | 70.3; 17.2     | 0.165      |

DP – desvio padrão; AIQ – amplitude interquartil; Diferenças entre grupos analisadas com Teste de Mann-Whitney

Pediu-se aos participantes que indicassem a sua concordância com afirmações sobre loga, numa escala tipo Likert, entre 1 (discordo completamente) e 5 (concordo completamente). A concordância mais elevada foi alcançada na afirmação “O loga é uma forma de atividade física/exercício físico”, com 62.5% respostas “concordo totalmente”. Quando analisadas as respostas em escala numérica (Quadro IV), verifica-se que existem diferenças entre grupos em algumas afirmações. Os praticantes concordam mais que o loga é um passatempo (p=0.021), que aumenta a satisfação geral com a vida

( $p=0.004$ ), que diminui a ansiedade ( $p=0,017$ ) e que pode ser extenuante ( $p=0.009$ ).

Quadro IV. Opiniões sobre loga, em escala tipo Likert entre 1 (discordo completamente) e 5 (concordo completamente), em praticantes (G1;  $n=20$ ) e não-praticantes de ioga (G2;  $n=20$ )

| O ioga...                                      | Total<br>(n=40)<br>M±DP | Grupo<br>1<br>(n=20)<br>M±DP | Grupo<br>2<br>(n=20)<br>M±DP | Valor<br>de<br>P        |
|------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------|
| ...é uma forma de atividade/exercício físico.  | 3.9±1.9                 | 4.5±1.1<br>5                 | 3.2±2.2<br>9                 | 0.22<br>1               |
| ...é uma atividade espiritual.                 | 3.9±1.5<br>9            | 4.4±0.6<br>9                 | 3.3±2<br>9                   | 0.08<br>6               |
| ...é uma forma de tratar um problema de saúde. | 3.8±1.5<br>5            | 4.3±0.5<br>7                 | 3.2±1.9<br>9                 | 0.17<br>4               |
| ...é uma forma de socializar.                  | 3.6±1.6<br>9            | 4.3±0.7<br>9                 | 2.9±2.0<br>7                 | 0.06<br>8               |
| ... é um hobby/passatem po                     | 2.9±1.8<br>4            | 3.6±1.3<br>5                 | 2.2±2.0<br>1                 | <b>0.02</b><br><b>1</b> |
| ... aumenta o bem-estar geral                  | 4±1.74                  | 4.6±0.4<br>9                 | 3.2±2.2<br>2                 | 0.10<br>2               |
| ... aumenta a satisfação geral com a vida      | 3.6±1.8                 | 4.5±0.6<br>1                 | 2.7±2.1<br>1                 | <b>0.00</b><br><b>4</b> |
| ... melhora a força física                     | 3.8±1.7<br>2            | 4.5±0.6<br>1                 | 3.1±2.1<br>8                 | 0.11<br>4               |
| ... melhora o equilíbrio                       | 3.9±1.7<br>5            | 4.6±0.6                      | 3.2±2.2<br>2                 | 0.11<br>4               |
| ... melhora a flexibilidade                    | 4±1.77                  | 4.6±0.6<br>8                 | 3.3±2.2<br>5                 | 0.14<br>9               |
| ... ajuda a controlar o peso                   | 3.5±1.6<br>8            | 4.1±0.7<br>9                 | 2.9±2.1                      | 0.17<br>4               |
| ... melhora a concentração                     | 3.8±1.5<br>1            | 4.1±0.9<br>7                 | 3.5±1.8<br>8                 | 0.60<br>2               |
| ... melhora a memória                          | 3.5±1.6<br>6            | 4±0.79                       | 2.9±2.1<br>1                 | 0.30<br>1               |
| ... diminui o stress                           | 3.8±1.7<br>2            | 4.5±0.6<br>1                 | 3.1±2.1<br>8                 | 0.11<br>4               |
| ... diminui estados depressivos                | 3.8±1.5<br>8            | 4.4±0.6<br>7                 | 3.2±1.9<br>9                 | 0.10<br>8               |
| ... diminui a ansiedade                        | 3.4±1.8<br>5            | 4.2±1.2<br>3                 | 2.6±2.0<br>6                 | <b>0.01</b><br><b>7</b> |
| ... origina lesões musculares                  | 1.9±1.4<br>6            | 2.2±1.4<br>8                 | 1.6±1.3<br>9                 | 0.24<br>2               |
| ... pode ser prejudicial                       | 1.7±1.3<br>3            | 2±1.32                       | 1.4±1.3<br>1                 | 0.15<br>7               |
| ... pode ser extenuante                        | 1.9±1.4<br>2            | 2.4±1.3<br>9                 | 1.3±1.2<br>1                 | <b>0.00</b><br><b>9</b> |

M – Média; DP – desvio padrão; Diferenças entre grupos analisadas com Teste de Mann-Whitney; Diferenças significativas ( $p<0.05$ ) destacadas a **negrito**

A entrevista incluiu também uma pergunta aberta, onde os participantes podiam

expressar a sua opinião livremente sobre o ioga. Destacam-se as seguintes respostas:

- “A prática de loga influencia positivamente as diferentes questões de saúde”
- “Acredito que o loga é muito bom para manter a nossa habilidade física, equilíbrio e flexibilidade, e para ajudar-nos a envelhecer bem”
- “Muitos dos benefícios do loga, como a melhoria da concentração e a redução da ansiedade e do stress estão relacionados com a técnicas de meditação e respiração que fazem na prática do loga”
- “O loga ajuda a manter o equilíbrio da vida”
- “Penso que quanto mais cedo começar a fazer loga, mais saudável será a velhice”
- “Recomendo vivamente em todas as idades”

## DISCUSSÃO

No geral, identificou-se uma Qualidade de Vida elevada, em todos os domínios (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente), independente da prática ou experiência anterior com o loga. Estes resultados podem ser o reflexo da média de idades dos participantes

(65.42 anos), do facto de todos serem autónomos, e de muitos (45%) manterem atividade profissional o que indica que a maior parte amostra pode estar no início da velhice, ou de outros fatores associados. A maioria dos participantes também vive acompanhado (62,5%), o que pode ser um fator benéfico na qualidade de vida (Noto, 2023; Vanleerberghe et al., 2017).

A incapacidade física é o fator mais limitante no início da velhice (Abud et al., 2022; Ebeling et al., 2019; Rolfson, 2018). À medida que o indivíduo envelhece, perde capacidade física e, conseqüentemente, autonomia, e participa menos a nível social, o que condiciona a diminuição da qualidade de vida (Marzo et al., 2023).

A literatura (Marzo et al., 2023; Renehan et al., 2012) refere que o envelhecimento de alta qualidade envolve três componentes essenciais: i) a baixa probabilidade de doenças relacionadas com idade avançada e das incapacidades associadas; ii) a capacidade funcional cognitiva e física; iii) o envolvimento ativo na vida. Nestas circunstâncias, existe envelhecimento de alta qualidade e o idoso encontra-se satisfeito com sua vida, saúde e vive de uma forma ativa e positiva.

A escolaridade é também um fator determinante para a qualidade de vida dos idosos, dado que existe evidência de maior qualidade de vida em idosos com mais

escolaridade, principalmente naqueles com o ensino superior completo (Dawalibi et al., 2014; Marzo et al., 2023). No presente trabalho, registou-se uma escolaridade elevada em ambos os grupos de participantes, quando comparada com a média populacional para o distrito, de acordo com os últimos censos populacionais (Instituto Nacional de Estatística, 2021, 2023).

A prevalência de doença crónica nos participantes foi de 52.5%, sendo mais comum a presença de hipertensão arterial (25%). A literatura sugere que a prevalência de doença está inversamente associada à qualidade de vida e que pode implicar limitações graves no desempenho das atividades da vida diária (Dawalibi et al., 2014; Marzo et al., 2023). Apesar da elevada prevalência de doença crónica, os resultados de qualidade de vida podem sugerir que esta não evoluiu para doença incapacitante ou que está controlada.

No que diz respeito à atividade física, a sua prática ao longo do processo de envelhecimento tem sido amplamente reconhecida como fundamental para a melhoria da força muscular, manutenção da mobilidade e prevenção de problemas de saúde. O exercício físico desempenha um papel crucial no envelhecimento saudável e pode melhorar o vigor, otimizar funções em várias atividades diárias e aumentar a qualidade de vida dos indivíduos mais velhos (Marzo et al.,

2023; Rolfson, 2018). Contudo, os benefícios da prática de exercício físico dependem tanto do processo individual de envelhecimento quanto da forma como a atividade física é realizada (Andrieieva et al., 2019; Eckstrom et al., 2020; Harridge & Lazarus, 2017). De acordo com a OMS (Bull et al., 2020), a prática regular de atividade física pode prevenir e controlar doenças crônicas, como as doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e cancro, responsáveis por cerca de três quartos das mortes em todo o mundo. Recomenda-se que os idosos realizem entre 150 e 300 min semanais de atividade física aeróbica de intensidade moderada, ou entre 75 e 150 min de intensidade vigorosa, para obterem benefícios substanciais à saúde (Bull et al., 2020; Daskalopoulou et al., 2017). A associação entre sedentarismo e o aumento do risco de mortalidade também é destacada, reforçando a necessidade de limitar o tempo sentado e aumentar a atividade física em qualquer intensidade (Moreno-Agostino et al., 2020).

Neste estudo, ambos os grupos ultrapassaram as recomendações da OMS em termos de atividade física moderada e vigorosa, o que pode evidenciar a importância de ser mais ativo, em vez de apenas reduzir o tempo sedentário.

A prática de ioga, como atividade física que integra corpo e mente, tem sido associada a melhorias na qualidade de vida e bem-estar

geral. A literatura mostra que a atividade física intensa está correlacionada com uma maior satisfação com a vida e com redução dos sintomas de depressão (Abud et al., 2022; Marzo et al., 2023; Moreno-Agostino et al., 2020). No presente estudo, embora a depressão não tenha apresentado diferenças significativas entre os grupos, a maior parte dos participantes (70%) não apresentou sintomas depressivos, o que pode ir ao encontro do impacto positivo da atividade física na saúde mental.

Adicionalmente, a prática de ioga tem sido descrita como uma estratégia eficaz para o envelhecimento bem-sucedido, com a atenção plena (*mindfulness*) desempenhando um papel relevante na regulação emocional e na diminuição do sofrimento psicológico (Bankar et al., 2013; Gonçalves et al., 2011; Mendes & Guerreiro, 2022; Massierer et al., 2017). Alguns autores destacam que, embora os estudos sobre os benefícios do ioga na qualidade de vida de idosos saudáveis sejam escassos, há evidências de que esta prática pode ser usada como uma terapia complementar para a manutenção da saúde e do bem-estar em idades avançadas (Gonçalves et al., 2011; Massierer et al., 2017; Tulloch et al., 2018).

No presente estudo, os participantes de ambos os grupos concordaram que o ioga não é apenas uma forma de exercício físico, mas uma prática que promove a saúde global, recusando a percepção de que pode ser uma atividade

perigosa para os idosos. Este resultado sugere a necessidade de uma maior divulgação dos benefícios do ioga para esta população, combatendo a ideia errada de que a prática pode ser extenuante ou prejudicial. Os indivíduos com experiência de ioga associam esta prática à melhoria da qualidade de vida, a uma forma de passar o tempo com qualidade e à diminuição da ansiedade, o que pode justificar a promoção do ioga junto de indivíduos no grupo etário da população-alvo deste estudo.

Identificam-se várias limitações do trabalho desenvolvido. A natureza transversal desta investigação não permite avaliar associações causais e o baixo número de elementos da amostra compromete generalizações e a validade externa. Julga-se que os participantes são um grupo autónomo, independente e, de acordo com os resultados obtidos e a sua interpretação à luz das estatísticas populacionais, com maior escolaridade e melhor qualidade de vida do que a população em geral, do mesmo grupo etário. Apesar disto, considera-se que os resultados deste trabalho permitiram perceber que o ioga é considerada uma prática positiva, que pode ser promovida junto da população. De forma a analisar com mais rigor a existência de alterações na qualidade de vida e bem-estar associadas à prática de ioga, investigações futuras devem seguir um desenho longitudinal, com uma amostra mais abrangente e de maior dimensão.

## CONCLUSÃO

Com este trabalho é possível concluir que a população em estudo apresenta uma qualidade de vida elevada, independentemente da prática de ioga. A ausência de diferenças significativas entre os grupos sugere que, embora o ioga seja percebido como benéfico, outros fatores, como a autonomia funcional e o estado de saúde geral, podem desempenhar um papel determinante na qualidade de vida. A prevalência de doenças crónicas, apesar de elevada, não se traduziu em incapacidade significativa, o que pode justificar os resultados positivos obtidos.

Grande parte dos participantes, pratica atividade física, o que reforça a evidência que associa a importância de estilos de vida ativos ao envelhecimento saudável. O ioga, além de ser uma forma eficaz de exercício físico, foi associado a melhorias na regulação emocional e no bem-estar mental, o que justifica a sua promoção junto da população idosa.

## REFERÊNCIAS

- Abud, T., Kounidas, G., Martin, K. R., Werth, M., Cooper, K., & Myint, P. K. (2022). Determinants of healthy ageing: a systematic review of contemporary literature. In *Aging Clinical and Experimental Research* (Vol. 34, Issue 6). <https://doi.org/10.1007/s40520-021-02049-w>
- Andrieieva, O., Hakman, A., Kashuba, V., Vasylenko, M., Patsaliuk, K., Koshura, A., & Istyniuk, I. (2019). Effects of physical activity on aging processes in elderly persons. *Journal of Physical Education and Sport*, 19.

- <https://doi.org/10.7752/jpes.2019.s4190>
- Apóstolo, J. L. A., Loureiro, L. M. de J., dos Reis, I. A. C., da Silva, I. A. L. L., Cardoso, D. F. B., & Sfetcu, R. (2014). Contribution to the adaptation of the Geriatric Depression Scale-15 into portuguese. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(3), 65–73. <https://doi.org/10.12707/RIV14033>
- Bankar, M. A., Chaudhari, S. K., & Chaudhari, K. D. (2013). Impact of long term Yoga practice on sleep quality and quality of life in the elderly. *Journal of Ayurveda and Integrative Medicine*, 4(1). <https://doi.org/10.4103/0975-9476.109548>
- Becker, A. M. (2013). *Exercício físico, qualidade de vida e autoestima global em idosos portugueses: um estudo exploratório do instrumento WHOQOL-old*. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/25068>
- Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., Carty, C., Chaput, J. P., Chastin, S., Chou, R., Dempsey, P. C., Di Pietro, L., Ekelund, U., Firth, J., Friedenreich, C. M., Garcia, L., Gichu, M., Jago, R., Katzmarzyk, P. T., ... Willumsen, J. F. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. In *British Journal of Sports Medicine* (Vol. 54, Issue 24). <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>
- Campaniço, H. (2016). *Validade simultânea do questionário internacional de actividade física através da medição objectiva da actividade física por actigrafia proporcional*. Universidade de Lisboa.
- Daskalopoulou, C., Stubbs, B., Kralj, C., Koukounari, A., Prince, M., & Prina, A. M. (2017). Physical activity and healthy ageing: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. In *Ageing Research Reviews* (Vol. 38). <https://doi.org/10.1016/j.arr.2017.06.003>
- Dawalibi, N. W., Goulart, R. M. M., & Prearo, L. C. (2014). Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. *Ciencia e Saude Coletiva*, 19(8). <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.21242013>
- Ebeling, P. R., Cicuttini, F., Scott, D., & Jones, G. (2019). Promoting mobility and healthy aging in men: a narrative review. In *Osteoporosis International* (Vol. 30, Issue 10). <https://doi.org/10.1007/s00198-019-05080-w>
- Eckstrom, E., Neukam, S., Kalin, L., & Wright, J. (2020). Physical Activity and Healthy Aging. In *Clinics in Geriatric Medicine* (Vol. 36, Issue 4). <https://doi.org/10.1016/j.cger.2020.06.009>
- Gonçalves, L. C., Vale, R. G. de S., Barata, N. J. F., Varejão, R. V., & Dantas, E. H. M. (2011). Flexibility, functional autonomy and quality of life (QoL) in elderly yoga practitioners. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53(2). <https://doi.org/10.1016/j.archger.2010.10.028>
- Harridge, S. D. R., & Lazarus, N. R. (2017). Physical activity, aging, and physiological function. In *Physiology* (Vol. 32, Issue 2). <https://doi.org/10.1152/physiol.00029.2016>
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Estatísticas Demográficas*. <https://www.ine.pt/xurl/pub/442993507>
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Região Algarve em Números - 2021*.

- Marzo, R. R., Khanal, P., Shrestha, S., Mohan, D., Myint, P. K., & Su, T. T. (2023). Determinants of active aging and quality of life among older adults: systematic review. In *Frontiers in Public Health* (Vol. 11). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1193789>
- Massierer, F. D., Justo, J. L., & Toigo, A. M. (2017). Efeito da prática de ioga na qualidade de vida de idosos. *Revista Brasileira de Ciências Do Envelhecimento Humano*, 14(1). <https://doi.org/10.5335/rbceh.v14i1.6120>
- Mendes, C. J.S., & Luísa, C. C. G(2022). Os benefícios das terapias holísticas para o envelhecimento ativo. *RIAGE - Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, 2. <https://doi.org/10.61415/riage.29>
- Moreno-Agostino, D., Daskalopoulou, C., Wu, Y. T., Koukounari, A., Haro, J. M., Tyrovolas, S., Panagiotakos, D. B., Prince, M., & Prina, A. M. (2020). The impact of physical activity on healthy ageing trajectories: Evidence from eight cohort studies. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00995-8>
- Noto, S. (2023). Perspectives on Aging and Quality of Life. In *Healthcare (Switzerland)* (Vol. 11, Issue 15). <https://doi.org/10.3390/healthcare11152131>
- Portuguese\_Portugal\_WHOQOL-BREF. (n.d.). Retrieved September 24, 2024, from <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref/docs/default-source/publishing-policies/whoqol-bref/portuguese-portugal-whoqol-bref>
- Renahan, E., Dow, B., Lin, X., Blackberry, I., Haapala, I., Gaffy, E., Cyarto, E., Brasher, K., & Hendy, S. (2012). Healthy ageing literature review 2012. *National Ageing Research Institute (NARI) and Council on the Ageing (COTA) for the Victorian Department of Health*.
- Ribeiro Machado, D. M., Queirós da Mota, M. F., Morais Brás, M. A., & Garcia Jorge Anes, E. M. (2021). Programas e respostas à saúde do idoso em Portugal. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1). <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v2.2104>
- Rolfson, D. (2018). Successful aging and frailty: A systematic review. In *Geriatrics (Switzerland)* (Vol. 3, Issue 4). <https://doi.org/10.3390/geriatrics3040079>
- Tulloch, A., Bombell, H., Dean, C., & Tiedemann, A. (2018). Yoga-based exercise improves health-related quality of life and mental well-being in older people: A systematic review of randomised controlled trials. *Age and Ageing*, 47(4). <https://doi.org/10.1093/ageing/afy044>
- UN (2020). World Population Ageing. In *Economic and Social Affairs United Nations*.
- Vanleerberghe, P., De Witte, N., Claes, C., Schalock, R. L., & Verté, D. (2017). The quality of life of older people aging in place: a literature review. In *Quality of Life Research* (Vol. 26, Issue 11). <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1651-0>
- Veríssimo, M. T. (1988). *Avaliação Diagnóstica dos síndromes demenciais: Escala de depressão geriátrica*.

World Health Organization. (2021). WHO | The Global strategy and action plan on ageing and health. In *WHO*.

Conflito de interesses: Os autores declaram que não há conflito de interesses.