



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA
EDUCAÇÃO FÍSICA – BACHARELADO

GEOVANA DE SANTANA SILVA

**RELAÇÃO ENTRE APTIDÃO FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA DE
PARTICIPANTES DO PROJETO VIDA ATIVA, UFPE.**

Recife
2025

GEOVANA DE SANTANA SILVA

**RELAÇÃO ENTRE APTIDÃO FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA DE
PARTICIPANTES DO PROJETO VIDA ATIVA, UFPE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao curso de Bacharelado em Educação Física
da Universidade Federal de Pernambuco,
como requisito para a obtenção do título de
Bacharel em Educação Física.

Orientador(a): Daniela Karina da Silva Ferreira

Recife
2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Silva, Geovana de Santana.

Relação entre aptidão física e qualidade de vida de participantes do projeto
vida ativa, UFPE. / Geovana de Santana Silva. - Recife, 2025.
38, tab.

Orientador(a): Daniela Karina da Silva Ferreira

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de
Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Educação Física - Bacharelado,
2025.

Inclui referências, anexos.

1. Aptidão física. 2. Qualidade de vida. 3. Idosos. 4. Exercício físico. 5. Senior
fitness test. 6. SF-36. I. Ferreira, Daniela Karina da Silva. (Orientação). II. Título.

610 CDD (22.ed.)

FOLHA DE APROVAÇÃO

GEOVANA DE SANTANA SILVA

RELAÇÃO ENTRE APTIDÃO FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA DE PARTICIPANTES DO PROJETO VIDA ATIVA, UFPE.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Bacharelado em Educação Física da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Educação Física.

Aprovado em: 05 / 08 / 2025.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 DANIELA KARINA DA SILVA FERREIRA
Data: 12/08/2025 09:36:16-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof^a. Dr^a Daniela Karina da Silva Ferreira (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Documento assinado digitalmente
 OZEAS DE LIMA LINS FILHO
Data: 12/08/2025 10:29:41-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof. Dr. Ozeas de Lima Lins Filho (Examinador interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Documento assinado digitalmente
 THAIS MARIA DA SILVA
Data: 18/08/2025 20:36:54-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof^a Me. Thais Maria da Silva (Examinador interno)
Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

Sou grata por este marco que simboliza a finalização de um ciclo. Sei que o caminho não foi fácil, mas em todo o tempo Deus e pessoas muito especiais estiveram ao meu lado.

Agradeço, primeiramente, a Deus, por me abençoar, proteger e conceder sabedoria em todos os momentos e também a mim mesma, por persistir.

Agradeço também às principais pessoas da minha vida, que me auxiliaram durante todo o processo, oferecendo incentivo, cuidado e ajuda, direta ou indiretamente: minha mãe, Maria José Pereira da Silva; meu pai, Jaciel de Santana Silva; minha irmã, Emily Nicoly de Santana Silva; e meus avós, Joaquim Severino da Silva e Teresa Maria Pereira da Silva, que infelizmente já não estão mais presentes fisicamente, mas continuam comigo de outra forma.

Não posso deixar de agradecer a seis pequenas pessoinhas que me ofereceram apoio emocional e até me acompanharam nas aulas remotas nos meses iniciais da pandemia: Hanna, Shoyu, Maze, Macaquinho, Frederico e Florzinha. Alguns já não estão presentes, mas marcaram profundamente a minha trajetória.

Agradeço aos colegas de curso, que compartilharam experiências, aos professores, especialmente a professora Daniela por sua orientação, neste trabalho, mas também com a sua contribuição para a minha formação, pois o projeto Vida Ativa foi o espaço onde pude me desenvolver mais, adquirindo conhecimento e me tornando mais confiante. Conheci pessoas incríveis.

Agradeço também ao meu amor por todo apoio e incentivo, cobranças para que me mantivesse focada, mas também pelos mais simples momentos de descontração, te amo.

Aos amigos de trabalho, colegas de curso e aos alunos da box, por acreditarem em mim, me incentivarem, por momentos de descontração, surtos, alegrias e tristezas, cada momentinho vivenciando me fizeram crescer mais profissionalmente e como pessoa.

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional traz desafios à manutenção da qualidade de vida, destacando-se a importância da aptidão física funcional para a autonomia e saúde de mulheres adultas e idosas. **Objetivo:** Analisar a relação entre aptidão física funcional e a percepção de qualidade de vida das participantes do Projeto Vida Ativa, bem como verificar a correlação entre essas variáveis. **Métodos:** Estudo descritivo, transversal e quantitativo, realizado com 35 mulheres acima de 45 anos, participantes do Projeto Vida Ativa da UFPE. Foram coletados dados sociodemográficos, antropométricos, de aptidão física (Senior Fitness Test – SFT) e de qualidade de vida (SF-36). As análises foram realizadas no SPSS, incluindo estatística descritiva, teste de normalidade e correlações, adotando nível de significância de $p < 0,05$. **Resultados:** Observou-se desempenho intermediário na aptidão física, com melhores resultados em força muscular e menores em flexibilidade e agilidade. Quanto à qualidade de vida, os domínios limitação por aspectos emocionais ($82,85 \pm 34,65$), capacidade funcional ($76,71 \pm 20,93$) e saúde mental ($74,51 \pm 18,23$) apresentaram maiores escores médios, enquanto dor ($28 \pm 24,22$) e aspectos sociais ($45,35 \pm 17,43$) apresentaram menores. A análise de correlação indicou associação moderada e significativa apenas entre a capacidade cardiorrespiratória e o domínio global da qualidade de vida ($\rho = 0,45$, $p = 0,017$; Teste de Spearman). **Conclusão:** Houve correlação moderada e significativa entre a capacidade cardiorrespiratória e a qualidade de vida geral, indicando que melhor aptidão física funcional está relacionada à melhor percepção de qualidade de vida das participantes do Projeto Vida Ativa, UFPE.

Palavras-chaves: Aptidão física; Qualidade de vida; Idosos; Exercício físico; Senior Fitness Test; SF-36.

ABSTRACT

Introduction: Population aging poses challenges to maintaining quality of life, highlighting the importance of functional physical fitness for the autonomy and health of adult and older women. **Objective:** To analyze the relationship between functional physical fitness and perceived quality of life among participants of the Vida Ativa Project, as well as to verify the correlation between these variables. **Methods:** Descriptive, cross-sectional, and quantitative study conducted with 35 women over 45 years old, participants of the Vida Ativa Project at UFPE. Sociodemographic, anthropometric, physical fitness (Senior Fitness Test – SFT), and quality of life (SF-36) data were collected. Analyses were performed using SPSS, including descriptive statistics, normality tests, and correlations, adopting a significance level of $p < 0.05$. **Results:** Participants showed intermediate physical fitness, with better results in muscle strength and lower results in flexibility and agility. Regarding quality of life, the domains of role-emotional (82.85 ± 34.65), physical functioning (76.71 ± 20.93), and mental health (74.51 ± 18.23) had higher mean scores, while pain (28 ± 24.22) and social functioning (45.35 ± 17.43) had lower scores. Correlation analysis indicated a moderate and significant association only between cardiorespiratory capacity and overall quality of life ($\rho = 0.45$, $p = 0.017$; Spearman test). **Conclusion:** There was a moderate and significant correlation between cardiorespiratory capacity and general quality of life, indicating that better functional physical fitness is related to better perceived quality of life among the participants of the Vida Ativa Project at UFPE.

Keywords: Physical fitness; Quality of life; Older adults; Physical exercise; Senior Fitness Test; SF-36.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Idade e características antropométricas das participantes do Projeto Vida Ativa, Recife-PE, 2025	21
Tabela 2 - Descrição dos componentes de aptidão física das participantes do Projeto Vida Ativa, 2025.....	22
Tabela 3 - Distribuição por níveis de classificação dos testes do SFT das participantes do Projeto Vida Ativa, 2025.....	23
Tabela 4 - Escores dos domínios de qualidade de vida avaliados pelo sf-36 nas participantes do Projeto Vida Ativa, 2025.....	24
Tabela 5 - Correlação entre o IAFG e os domínios de qualidade de vida SF-36.....	26

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Variáveis do banco de dados do Projeto Vida Ativa, Recife-PE, ano base 2025.....	15
---	----

LISTA DE ABREVIACÕES

D	Direito
E	Esquerdo
IAFG	Índice de Aptidão Física Geral
IMC	Índice de Massa Corporal
kg	Quilograma
m	Metro
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
s	Segundo
SFT	Senior Fitness Test
SF-36	Short-Form Health Survey
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	13
2.1 GERAL.....	13
2.2 ESPECÍFICOS.....	13
3 METODOLOGIA.....	14
3.1 Caracterização da pesquisa.....	14
3.2 População e Amostra.....	14
3.2.1 Caracterização da população.....	14
3.2.2 Caracterização da amostra.....	14
3.2.3 Critérios de Inclusão.....	15
3.2.4 Critérios de Exclusão.....	15
3.3 Instrumentos e Procedimentos de coleta.....	15
3.4 Análise dos dados.....	19
3.5 Aspectos éticos.....	20
4 RESULTADOS.....	21
5 DISCUSSÃO.....	28
5.1 Limitações e potencialidades do estudo.....	30
6 CONCLUSÃO.....	31
REFERÊNCIAS.....	32
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	37

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial marcado pelo aumento da expectativa de vida e pela maior proporção de pessoas idosas (OMS, 2024). No Brasil, esse fenômeno também é observado, com 22,1 milhões de pessoas com 65 anos ou mais, representando 10,9% da população (Brasil, 2023). Esse crescimento está diretamente relacionado ao processo de transição demográfica, caracterizado pela redução das taxas de natalidade e pelo aumento da expectativa de vida, que, em 2023, alcançou 76,4 anos, apresentando um acréscimo de 11,3 meses em comparação a 2022 (Brasil, 2024; IBGE, 2024).

No processo de envelhecimento, que inicia-se ainda na meia-idade, ocorrem mudanças cronológicas, biológicas, cognitivas, funcionais e psicológicas que resultam na redução da massa muscular, força, massa óssea e capacidade cardiorrespiratória, além do aumento do tecido adiposo visceral, entre outras mudanças (Ernida, 2014; Coelho et al., 2014; Izquierdo et al., 2021; OMS, 2024). Essas alterações impactam negativamente a saúde e a qualidade de vida de adultos de meia-idade e idosos, elevando o risco de doenças, reduzindo o desempenho motor e a capacidade de realizar atividades diárias de forma segura e independente, o que representa um desafio para a sociedade e o sistema de saúde (Ernida, 2014; Izquierdo et al., 2021; Brasil, 2024). Nesse contexto, a prática regular de exercícios físicos é reconhecida como estratégia fundamental para atenuar esses declínios e preservar capacidades físicas como flexibilidade, força, agilidade e capacidade cardiorrespiratória, além de contribuir para a manutenção de uma composição corporal saudável (Izquierdo et al., 2021; OMS, 2024).

Tais capacidades são denominadas como componentes da aptidão física funcional, sendo essenciais, para os indivíduos, para a realização independente e segura das atividades da vida diária (Caspersen et al., 1985; Nahas, 2017). Programas de exercício estruturados que envolvem força, resistência, equilíbrio e flexibilidade são fundamentais para manter a aptidão física funcional, além de prevenir quedas e incapacidade e melhorar a qualidade de vida (Aires et al., 2010; Izquierdo et al., 2021; Rosa, 2003).

Nesse contexto, a qualidade de vida pode ser entendida como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, influenciada por aspectos físicos, mentais e

sociais (Minayo, 2000; OMS, 1995; Nahas, 2017). Quando direcionada especificamente à saúde, é denominada qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), sendo frequentemente avaliada por instrumentos validados como o Short Form Health Survey-36 (SF-36), amplamente utilizado no Brasil (Ware & Sherbourne, 1992; Fleck, 2000; Laguardia et al., 2013).

O estudo de Faria et al. (2012) comparou o SF-36 com o Perfil de Saúde de Nottingham (PSN) em uma amostra de 97 idosos da comunidade, com média de idade de 69 anos, predominância de mulheres (60%) e baixa escolaridade. Os resultados mostraram que o SF-36 apresentou maiores escores médios em quase todos os domínios avaliados, além de melhor consistência interna em comparação ao PSN, sendo considerado adequado para avaliar a percepção de qualidade de vida nessa população. Além disso, o SF-36 é amplamente utilizado no Brasil para avaliação da qualidade de vida em diferentes contextos e populações, sendo considerado um instrumento válido e confiável (Laguardia et al., 2013).

Já para a avaliação da aptidão física funcional, a bateria de testes do Senior Fitness Test (SFT), desenvolvida por Rikli e Jones (1999), é amplamente utilizada para mensurar componentes como força de membros superiores e inferiores, flexibilidade, agilidade, equilíbrio e capacidade cardiorrespiratória, permitindo analisar a funcionalidade de forma prática e segura em diferentes contextos. No Brasil, Mazo et al. (2015) aplicaram o SFT em 335 idosas entre 60 e 69 anos, participantes de programas de exercícios físicos em Florianópolis (SC), com o objetivo de estabelecer valores normativos para essa população. Os resultados evidenciaram médias de desempenho variáveis entre os testes, fornecendo parâmetros relevantes para avaliação funcional e planejamento de programas de exercícios voltados a idosos.

Estudos científicos mostram que a aptidão física, especialmente a praticada por meio de exercícios estruturados, exerce influência positiva sobre o envelhecimento saudável, melhorando a função muscular, capacidade cardiorrespiratória e qualidade de vida, além de reduzir a incidência de doenças crônicas e mortalidade prematura (Izquierdo et al., 2021). O estudo de Furtado et al. (2022) mostrou que os melhores níveis de aptidão física estão ligados a escores mais altos em vários aspectos da qualidade de vida, como capacidade funcional, saúde mental, vitalidade, dor corporal e vida social. Idosos com maior capacidade cardiorrespiratória, força muscular e flexibilidade relataram menos limitações físicas

e emocionais e maior autonomia nas atividades diárias. Esses resultados reforçam que manter a aptidão física é fundamental para um envelhecimento mais saudável e ativo.

Embora existam estudos que relacionem aptidão física e qualidade de vida em idosos, muitos analisam apenas componentes isolados da aptidão física ou avaliam programas de exercício físico de forma geral, sem investigar de maneira integrada como diferentes componentes da aptidão física funcional se associam aos diversos domínios da qualidade de vida. Assim, ainda há lacunas que impedem compreender essa relação de forma mais ampla e detalhada.

Diante disso, a hipótese deste estudo é que maiores níveis de aptidão física funcional estejam associados a uma melhor percepção da qualidade de vida, influenciando positivamente a autonomia e o bem-estar dos indivíduos.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar a relação entre a aptidão física funcional e a percepção de qualidade de vida dos participantes do Projeto Vida Ativa, UFPE.

2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes do Projeto Vida Ativa, UFPE;
- Avaliar os componentes da aptidão física funcional: flexibilidade, força, agilidade e capacidade cardiorrespiratória;
- Descrever a percepção de qualidade de vida global e por domínios (capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e saúde mental);

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização da pesquisa

O presente estudo caracteriza-se como descritivo transversal, pois analisa variáveis preditoras e de desfecho de uma população específica em uma única ocasião ou durante um curto período de tempo, sem período de seguimento. Esse tipo de estudo é utilizado para descrever padrões de distribuição dessas variáveis dentro de uma amostra definida ou sorteada, além de permitir examinar associações entre elas, desde que a classificação das variáveis como preditoras ou de desfecho seja feita com base na hipótese causal do investigador, na plausibilidade biológica e em evidências de estudos anteriores (Hulley et al., 2015).

3.2 População e Amostra

3.2.1 Caracterização da população

A população deste estudo foi caracterizada por participantes do Projeto Vida Ativa da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). O Projeto Vida Ativa é uma iniciativa de extensão do Departamento de Educação Física da UFPE, com atividades realizadas no PLIC, Complexo de Laboratórios Professor José César, localizado no campus universitário do Recife. O projeto tem como objetivo promover a saúde e a qualidade de vida por meio de programas de atividade física, voltados preferencialmente para pessoas com idade a partir de 40 anos, com atenção especial a indivíduos com hipertensão arterial e/ou doença venosa crônica. As atividades incluem exercícios físicos supervisionados, avaliações funcionais periódicas e ações educativas sobre hábitos saudáveis, integrando aspectos físicos e sociais para favorecer o envelhecimento ativo.

3.2.2 Caracterização da amostra

A amostra foi formada por mulheres adultas e idosas, com idade acima de 45 anos, que participaram de uma única avaliação, em janeiro de 2025, de aptidão

física, realizada por meio da bateria do SFT, e responderam a uma entrevista estruturada que incluía, entre seus itens, o questionário de qualidade de vida SF-36.

Optou-se por incluir apenas mulheres devido à baixa quantidade de homens no projeto no período de coleta, o que poderia comprometer as análises estatísticas.

3.2.3 Critérios de Inclusão

Foram incluídas mulheres participantes do Projeto Vida Ativa no ano de 2024, que realizaram avaliação no mês de janeiro de 2025, com idade igual ou superior a 45 anos.

3.2.4 Critérios de Exclusão

Foram excluídas as participantes que não completaram integralmente a bateria do SFT e/ou não responderam ao questionário de qualidade de vida.

3.3 Instrumentos e Procedimentos de coleta

Foram utilizados dados sociodemográficos e antropométricos (idade, sexo, nível de escolaridade, renda mensal, peso, estatura) das participantes. Avaliada a aptidão física funcional, por meio da aplicação da bateria de testes SFT, de Rikli e Jones (1999). Também foram coletadas informações sobre qualidade de vida, por meio da aplicação do questionário SF-36, em sua versão brasileira validada. As variáveis objetivamente mensuradas no estudo (antropométricas, sociodemográficas e físicas), com suas respectivas unidades de medida, estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - Variáveis banco de dados do Projeto Vida Ativa, Recife-PE, ano base 2025.

Tipo de dado	Variáveis	Unidade de medida
Sociodemográficos	Idade	Anos
	Sexo	Feminino/Masculino
	Escolaridade	Anos
	Renda	Salário mínimo

Antropométricos	Estatura	Metros (m)
	Peso	Quilogramas (kg)
Aptidão Física	Índice de Massa Corporal (IMC)	Quilogramas por Metro ao quadrado (kg/m ²)
	Flexibilidade de membros inferiores (Sentar e Alcançar) e de membros superiores (Alcançar Atrás das Costas)	Centímetros (cm)
	Força e Resistência de membros superiores (Flexão de braço) e de membros inferiores (Sentar e Levantar)	Número de repetições
	Velocidade, Agilidade e Equilíbrio Dinâmico (Levantar, Caminhar 2,44m e Voltar)	Segundos (s)
	Resistência Aeróbica (Caminhada de 6 minutos)	Metros (m)

Os protocolos de treino do Projeto Vida Ativa, realizados ao longo do período do ano de 2024, antecedendo o período da coleta de dados, foram estruturados em dois modelos distintos: o protocolo de hidroginástica e o protocolo de treinamento de força. O protocolo de hidroginástica está detalhado no estudo de Ribeiro, 2025. Enquanto o treinamento de força consistia em nove exercícios, de característica full body.

A coleta de dados foi realizada no mês de janeiro de 2025, com o objetivo de avaliar a capacidade funcional e a qualidade de vida dos participantes ativos no ano de 2024, onde havia duas turmas de intervenções distintas, participantes de hidroginástica e participantes do treinamento de força. Destaca-se que, no momento da coleta de dados, os indivíduos estavam há aproximadamente dois meses sem participar de suas respectivas intervenções.

A Bateria do SFT consistiu em seis testes com o objetivo de avaliar os principais componentes da aptidão física relacionados à funcionalidade de pessoas idosas. Foram analisadas as capacidades de força/resistência de membros superiores e inferiores, flexibilidade de membros superiores e inferiores, agilidade e capacidade cardiorespiratória.

O teste de sentar e levantar da cadeira avaliou a força e resistência dos membros inferiores. Utilizou-se uma cadeira com encosto, sem braços e com aproximadamente 43 cm de altura. O participante realizou o maior número possível de repetições em 30 segundos, sentando e levantando da cadeira com os braços cruzados sobre o peito. O resultado foi registrado em número de repetições.

Para a avaliação da força e resistência dos membros superiores, foi aplicado o teste de flexão de braço. O participante permaneceu sentado segurando um halter (2 kg para mulheres e 4 kg para homens) com o braço dominante. O objetivo foi realizar o maior número possível de repetições corretas dentro de 30 segundos. O resultado foi registrado em número de repetições.

A flexibilidade dos membros inferiores foi mensurada por meio do teste sentado e alcançar. Sentado em uma cadeira, o participante estendeu uma das pernas à frente, mantendo o joelho estendido (sem hiperextensão), e realizou a flexão do tronco com os braços esticados, tentando alcançar a ponta dos pés com as mãos. Foram realizadas tentativas em ambos os lados, sendo registrada a melhor pontuação. O resultado foi expresso em centímetros (cm), podendo apresentar valores positivos (alcançou além dos pés) ou negativos (não alcançou os pés).

A mobilidade física, que envolve velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico, foi avaliada por meio do teste de levantar, caminhar 2,44 metros e voltar. Neste teste, o participante, ao sinal do avaliador, levantou-se da cadeira, caminhou 1,22 m até contornar um cone, retornar e sentar-se novamente no menor tempo possível. Foram realizadas duas tentativas, sendo considerada a melhor marca. O resultado foi registrado em tempo (segundos).

A flexibilidade dos membros superiores foi avaliada por meio do teste de alcançar atrás das costas. Em pé, o participante posicionou uma mão sobre o ombro (pela frente) e a outra por trás das costas, tentando aproximar os dedos. O teste foi realizado duas vezes com cada lado, sendo registrada a menor distância entre os dedos ou a sobreposição, caso ocorresse. O resultado foi expresso em centímetros (cm).

Por fim, a capacidade aeróbica foi mensurada por meio do teste de caminhada de 6 minutos, realizado em um percurso de 45,7 metros com marcações a cada 4,57 metros. O participante caminhou o mais rápido possível, sem correr, durante seis minutos, buscando completar a maior distância possível. O resultado foi

registrado em metros (m). Após o teste, o participante realizou uma caminhada leve de aproximadamente um minuto para recuperação.

Cada teste da bateria do SFT possuía critérios de pontuação específicos, que levavam em consideração o sexo e a faixa etária dos participantes. Inicialmente, os resultados de cada teste (tempo, número de repetições ou distância) foram classificados qualitativamente em cinco categorias: muito fraco, fraco, regular, bom e muito bom. Cada uma dessas classificações correspondeu a uma pontuação numérica. O Índice de Aptidão Física Geral (IAFG) foi obtido pela soma dessas pontuações de todos os testes realizados, resultando em um valor que variou de 0 a 100 e refletiu o nível global de aptidão física do participante.

Além da avaliação física proporcionada pelo SFT, buscou-se compreender de forma mais ampla os impactos da saúde na vida cotidiana dos participantes. Para isso, foi utilizado o questionário SF-36.

O questionário SF-36, de Ware e Sherbourne (1992), foi um instrumento amplamente utilizado para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde. A versão brasileira, adaptada e validada por Ciconelli et al. (1999), foi composta por 11 questões que abrangeram 8 domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

Cada um dos 8 domínios do SF-36 foi composto por um conjunto específico de perguntas, cujas respostas foram transformadas em escores que variaram de 0 a 100, sendo que valores mais altos indicaram melhor percepção de saúde. O domínio capacidade funcional avaliou o grau de dificuldade para realizar atividades cotidianas, como caminhar, subir escadas, levantar objetos ou se vestir, com respostas como: “sem dificuldade”, “com alguma dificuldade” ou “com muita dificuldade”. Os domínios aspectos físicos e aspectos emocionais investigaram se a saúde física ou emocional interferiu na realização de tarefas nas últimas quatro semanas, com respostas do tipo “sim” ou “não”, considerando a limitação de tempo, quantidade ou qualidade das atividades realizadas.

O domínio dor considerou intensidade da dor (variando de “nenhuma” a “muito grave”) e o quanto ela interferiu nas atividades diárias, com opções: “de maneira alguma”, “um pouco”, “moderadamente”, “bastante” ou “extremamente”. O estado geral de saúde abordou a percepção atual de saúde do indivíduo, com classificações como: “excelente”, “muito boa”, “boa”, “ruim” ou “muito ruim”, além da

comparação com o ano anterior. O domínio vitalidade referiu-se a sensações de energia e cansaço, com respostas que indicaram a frequência desses sentimentos, como: “o tempo todo”, “a maior parte do tempo” ou “nunca”. A saúde mental foi avaliada com base na frequência de sentimentos como nervosismo, tristeza, tranquilidade e felicidade, e os aspectos sociais verificaram se a saúde interferiu nas atividades sociais, também com respostas baseadas em frequência. Após a atribuição de escores a cada item, os resultados foram convertidos em uma escala de 0 a 100 para cada domínio, sendo que valores mais altos refletiram melhor qualidade de vida relacionada à saúde.

3.4 Análise dos dados

Os dados coletados, referentes às informações antropométricas, aos testes de aptidão física e ao questionário de qualidade de vida, foram organizados em planilha do excel. Posteriormente, esses dados foram importados para o software IBM SPSS Statistics, versão 25, para a realização das análises estatísticas.

Aplicados os procedimentos da estatística descritiva, como médias, desvio padrão, valores máximos e mínimos. Além disso, realizou-se a análise de frequência das classificações obtidas nos testes.

Para o cálculo do IAFG foi realizada a soma das pontuações dos testes. Em relação aos resultados obtidos do questionário de qualidade de vida SF-36, foi realizada a pontuação para cada item, necessitando de recodificação de alguns, posteriormente dividindo estes itens nos 8 domínios, realizando uma ponderação dos dados e realizando o cálculo de raw scale (Ciconelli et al., 1999). Para o cálculo da qualidade de vida global utilizada a média dos domínios (Lins e Carvalho, 2016).

Para verificar a normalidade dos dados, foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk. A seguir, foram realizadas análises de correlação entre aptidão física e qualidade de vida. Para variáveis com distribuição normal ($p > 0,05$), foi aplicado o coeficiente de Pearson, já para aquelas que não apresentaram distribuição normal ($p < 0,05$), utilizou-se o coeficiente de Spearman. Foi adotado o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Considerou-se a classificação da magnitude das correlações como muito fraca (0,00 a 0,10), fraca (0,10 a 0,30), moderada (0,30 a 0,50), forte (0,50 a 0,70), muito forte (0,70 a 0,90) e altíssima (0,90 a 1,00) (Dancey; Reidy, 2006).

3.5 Aspectos éticos

Este trabalho faz parte do projeto intitulado “RELAÇÃO ENTRE FUNCIONALIDADE E PRESSÃO ARTERIAL EM HIPERTENSOS, RECIFE-PE, BRASIL”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAAE 78136024.5.0000.5208, parecer número 6.827.777, conforme as Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que continha informações sobre objetivos, procedimentos, potenciais riscos, benefícios e garantia de confidencialidade, assegurando participação voluntária e direito de desistência a qualquer momento, sem prejuízos.

Apesar do projeto principal ter como objetivo relacionar aptidão funcional e pressão arterial em hipertensos, o presente estudo analisou a qualidade de vida e a aptidão física funcional dos participantes, utilizando os dados coletados no referido projeto.

4 RESULTADOS

A amostra da pesquisa foi composta por 35 indivíduos do sexo feminino participantes do Projeto Vida Ativa, com média de idade de $63,94 \pm 6,98$ anos, peso médio de $72,15 \pm 11,27$ kg, estatura média de $1,57 \pm 0,05$ m, e IMC médio de $29,10 \pm 4,48$ kg/m². (Tabela 1).

Tabela 1 - Idade e características antropométricas das participantes do Projeto Vida Ativa, Recife-PE, 2025

Variável	n	Média	Desvio Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo
Idade (anos)	35	63,94	6,98	45	74
Peso (Kg)	35	72,15	11,27	50	107,9
Estatura (m)	35	1,57	0,05	1,47	1,74
IMC (Kg/m ²)	35	29,10	4,48	21,41	42,10

Fonte: Dados da pesquisa (2025)

Em relação ao nível de escolaridade, observou-se que 20% (n=7) das participantes possuíam ensino superior completo ou pós-graduação. Além disso, 34,3% (n=12) tinham ensino médio completo, 5,7% (n=2) ensino médio incompleto, 28,6% (n=10) ensino fundamental completo (fundamental I ou II), e 11,4% (n=4) ensino fundamental incompleto.

Quanto à renda mensal familiar, 11,4% (n=4) das participantes declararam receber mais de 3 salários mínimos, 51,4% (n=18) entre 1,1 e 3 salários mínimos, 28,6% (n=10) 1 salário mínimo, e 8,6% (n=3) não souberam informar ou possuíam renda inferior a 1 salário mínimo.

Referente ao protocolo de treino, das 35 participantes, 68,6% (n=24) realizava hidroginástica e 31,4% (n=11) era do grupo de treinamento de força. Importante ressaltar que, no período da coleta de dados, ambas as turmas estavam a aproximadamente dois meses sem participar das suas respectivas intervenções, estando inativas nesse período.

Sobre a aptidão física, a Tabela 2 apresenta as médias, desvios padrão, valores mínimos e máximos da bateria de testes do SFT aplicados às participantes, descrevendo o desempenho em cada componente avaliado.

Tabela 2 - Descrição dos componentes de aptidão física das participantes do Projeto Vida Ativa, 2025

Testes	n	Média	Desvio Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo
Sentar e Alcançar D	35	- 0,12	8,14	-20,0	19,50
Sentar e Alcançar E	35	0,15	8,19	-24,0	19,00
Alcançar Atrás das Costas D	35	-5,12	7,30	-20,0	6,00
Alcançar Atrás das Costas E	35	-8,20	8,77	-30,0	4,00
Flexão de Braço	35	19,20	3,92	11,0	28,00
Levantar, Caminhar 2,44m e Voltar	35	6,54	1,20	4,9	11,00
Sentar e Levantar	35	14,91	4,05	9,0	27,00
Caminhada de 6 minutos	35	498,86	56,05	294,43	598,73

Fonte: Dados da pesquisa (2025)

Observando os resultados dos testes de aptidão física (SFT), verificou-se que, no teste de sentar e alcançar, as participantes apresentaram médias de -0,12 cm no lado direito e 0,15 cm no lado esquerdo. No teste de alcançar atrás das costas, as médias foram de -5,12 cm no lado direito e -8,20 cm no lado esquerdo. Em relação à força de membros superiores, a média no teste de flexão de braço foi de 19,20 repetições. No teste de levantar, caminhar 2,44 m e voltar, o tempo médio foi de 6,54 segundos. O teste de sentar e levantar apresentou média de 14,91 repetições, e no teste de caminhada de 6 minutos, a distância média percorrida foi de 498,86 metros.

A tabela 3 apresenta a distribuição da amostra segundo a classificação obtida em cada teste, possibilitando identificar o percentual de indivíduos em cada categoria de desempenho.

Tabela 3 - Distribuição por níveis de classificação dos testes do SFT das participantes do Projeto Vida Ativa, 2025

Testes	n	Muito fraco (n)	Fraco (n)	Regular (n)	Bom (n)	Muito bom (n)
Sentar e alcançar (D)	35	15	9	0	3	8
Sentar e alcançar (E)	35	13	9	2	4	7
Alcançar atrás das costas (D)	35	18	0	8	3	6
Alcançar atrás das costas (E)	35	22	3	2	3	5
Flexão de braço	35	1	3	9	11	11
Levantar, caminhar 2,44m e voltar	35	15	13	6	1	0
Sentar e levantar	35	10	10	4	8	3
Caminhada de 6 minutos	35	14	19	2	0	0

Fonte: Dados da pesquisa (2025)

Em relação à classificação nos testes do SFT, observou-se que, nos testes de flexibilidade de membros inferiores (sentar e alcançar), a maioria das participantes foi classificada como muito fraca ou fraca em ambos os lados. Nos testes de flexibilidade de membros superiores (alcançar atrás das costas), também predominou a classificação muito fraca, especialmente no lado esquerdo. No teste de força de membros superiores (flexão de braço), houve distribuição em todas as classificações, com maior frequência nos níveis bom e muito bom. Para o teste de agilidade e equilíbrio dinâmico (levantar, caminhar 2,44 m e voltar), verificou-se predomínio das classificações muito fraco e fraco. No teste de força de membros inferiores (sentar e levantar), as participantes se distribuíram principalmente entre as classificações muito fraco, fraco e bom. Por fim, no teste de resistência

cardiorrespiratória (caminhada de 6 minutos), houve predominância das classificações muito fraco e fraco.

Quanto à percepção da qualidade de vida, a tabela 4 apresenta os resultados obtidos pelas participantes nos oito domínios do SF-36. Cada domínio é composto por um conjunto de itens que, após a ponderação dos resultados, sendo necessário a recodificação de alguns deles, e a aplicação do raw scale, resultam em escores de 0 a 100, sendo que os valores mais altos indicam melhor percepção de qualidade de vida no respectivo domínio.

Tabela 4 - Escores dos domínios de qualidade de vida avaliados pelo sf-36 nas participantes do Projeto Vida Ativa, 2025

Domínio	n	Média	Desvio padrão	Valor mínimo	Valor máximo
Capacidade funcional	35	76,71	20,93	10	100
Limitação por aspectos físicos	35	65,00	38,91	0	100
Dor	35	28,00	24,22	0	80
Estado geral de saúde	35	58,88	14,71	30	82
Vitalidade	35	65,57	19,69	20	95
Aspectos sociais	35	45,35	17,43	0	75
Limitação por aspectos emocionais	35	82,85	34,65	0	100
Saúde mental	35	74,51	18,23	24	100

Fonte: Dados da pesquisa (2025)

Os resultados mostram que o domínio com maior escore médio foi o de limitação por aspectos emocionais (82,85), seguido por capacidade funcional (76,71) e saúde mental (74,51), indicando melhor percepção de qualidade de vida nesses aspectos. Enquanto os domínios dor (28,00) e aspectos sociais (45,35) apresentaram menor escore médio, refletindo piores percepções. Já os domínios de vitalidade (65,57), limitação por aspectos físicos (65,00) e estado geral de saúde (58,88) apresentaram escores médios intermediários.

Em relação ao IAFG, as participantes apresentaram média de 56,57 pontos ($\pm 17,07$), com valor mínimo de 30 e valor máximo de 90 pontos. Já o escore global dos domínios do SF-36 apresentou média de 62,11 pontos ($\pm 10,76$), com mínimo de 37 e máximo de 82,25 pontos. Esses valores refletem o perfil intermediário de aptidão física e da percepção de qualidade de vida dos participantes.

Foi realizado o teste de normalidade de Shapiro-Wilk para todas as variáveis, onde variáveis com $p < 0,05$ foram consideradas de distribuição não normal.

A partir do resultado do teste de normalidade, foram utilizados testes de correlação adequados para cada variável. Para aquelas que apresentaram distribuição normal, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson. Já para as variáveis que não apresentaram distribuição normal, foi aplicado o coeficiente de correlação de Spearman.

Além dos resultados descritivos, foi realizada a categorização dos escores do IAFG, observou-se que 71,4% ($n=25$) das participantes apresentaram nível satisfatório de aptidão física (50 a 100), enquanto 28,6% ($n=10$) foram classificadas com nível inferior ao recomendado (0 a 49,9).

Em relação à percepção de qualidade de vida, 85,7% ($n=30$) das participantes apresentaram nível satisfatório (50 a 100), enquanto 14,3% ($n=5$) apresentaram nível inferior ao recomendado (0 a 49,9).

Foram realizadas, também, análises de correlação para verificar a associação entre o IAFG e o escore global dos domínios do SF-36. Além disso, foi analisada a correlação entre cada teste do SFT com o domínio global do SF-36, bem com a correlação entre cada domínio do SF-36 e o IAFG. Os resultados dessas análises encontram-se apresentados na tabela 6.

Tabela 5 - Correlação entre o IAFG e os domínios de qualidade de vida SF-36

Variáveis analisadas	Coefficiente de correlação (r)	p-valor
IAFG x Domínio global	0,262	0,128
IAFG x Capacidade funcional	0,237	0,171
IAFG x Limitação por aspectos físicos	0,224	0,197
IAFG x Dor	-0,019	0,914
IAFG x Estado geral de saúde	0,249	0,149
IAFG x Vitalidade	-0,049	0,781
IAFG x Aspectos sociais	-0,254	0,141
IAFG x Limitação por aspectos emocionais	0,248	0,152
IAFG x Saúde mental	-0,042	0,809
Domínio global x Teste sentar e alcançar D	0,187	0,286
Domínio global x Teste sentar e alcançar E	0,205	0,237
Domínio global x Teste alcançar atrás das costas D	-0,028	0,874
Domínio global x Teste alcançar atrás das costas E	0,212	0,220
Domínio global x Teste flexão de braço	0,181	0,298
Domínio global x Teste levantar, caminhar 2,44m e voltar	-0,242	0,161
Domínio global x Teste sentar e levantar	0,299	0,081
Domínio global x Teste caminhada 6 minutos	0,402	0,017

Fonte: Dados da pesquisa (2025)

De modo geral, observa-se que a maioria das correlações entre as variáveis apresentou magnitudes fraca ou muito fraca, sem significância estatística. Apenas a correlação entre o domínio global de qualidade de vida e a aptidão

cardiorrespiratória (teste de caminhada de 6 minutos) apresentou magnitude moderada e foi estatisticamente significativa.

5 DISCUSSÃO

O presente estudo descreveu o perfil sociodemográfico das participantes, notando-se que a maioria apresentou escolaridade de nível médio completo e renda mensal entre 1,1 até 3 salários mínimos vigentes. A amostra incluiu mulheres com idade entre 45 e 74 anos, abrangendo tanto idosas quanto adultas maduras, refletindo a diversidade etária presente em programas de atividade física voltados ao envelhecimento saudável.

Quanto aos resultados dos componentes de aptidão física funcional, foi possível notar que a flexibilidade das participantes apresentou baixos escores, com predominância de classificações muito fraco e fraco, tanto nos testes de membros inferiores (sentar e alcançar) quanto nos superiores (alcançar atrás das costas). Esse desempenho está de acordo com o observado por Ruzene & Navega (2014), que identificaram menor flexibilidade em idosas, especialmente entre aquelas sedentárias, associando esse declínio à rigidez articular, redução da mobilidade e alterações musculares comuns ao envelhecimento. A limitação da flexibilidade pode comprometer a realização de atividades básicas e impactar negativamente a autonomia funcional.

Por outro lado, os resultados nos testes de força muscular foram mais favoráveis. No teste de flexão de braço, a maioria das participantes foi classificada entre bom e muito bom, sugerindo preservação da força de membros superiores. Já no teste de sentar e levantar, embora a média tenha sido razoável, houve maior variação entre os níveis, o que pode refletir diferenças individuais no histórico de atividade física ou presença de comorbidades musculoesqueléticas. Estudos apontam que a força muscular é um dos componentes mais responsivos à prática regular de exercícios, sendo essencial na manutenção da independência funcional (Mazo et al., 2015; Mariano et al., 2013).

O teste de agilidade e equilíbrio dinâmico revelou desempenho limitado, com predominância das classificações fraco e muito fraco. Esse achado é preocupante, pois tais capacidades estão diretamente relacionadas à prevenção de quedas, um dos principais riscos à saúde na velhice (Silva et al., 2020). A redução da agilidade pode decorrer da identificação dos reflexos, perda de massa muscular e insegurança na marcha, fatores comuns no processo de envelhecimento.

No teste de caminhada de 6 minutos, que avalia a capacidade cardiorrespiratória, a média foi de 498,86 metros, porém com distribuição majoritária nos níveis fraco e muito fraco. Esse resultado sugere baixa exposição a estímulos aeróbicos regulares. Estudos como o de Silva et al. (2016) indicam que a prática regular de exercícios físicos, mesmo resistidos, pode promover ganhos na aptidão cardiorrespiratória em idosos, demonstrando que essa capacidade pode ser mantida ou melhorada mesmo na velhice.

De forma geral, o desempenho das participantes no IAFG refletiu um perfil intermediário, indicando manutenção de alguns componentes, especialmente força, mas também limitações em outros. Avaliar a aptidão funcional é essencial, pois está diretamente relacionada à realização das atividades cotidianas e à percepção da qualidade de vida.

Quanto à percepção de qualidade de vida, os domínios com maiores escores médios foram limitação por aspectos emocionais, capacidade funcional e saúde mental, indicando percepção positiva nesses aspectos. Estudos sugerem que o suporte emocional e a autonomia funcional contribuem significativamente para a percepção de bem-estar em idosos (Ware Jr. et al., 1993; Carvalho et al., 2019). Além disso, Furtado et al. (2022) observaram que melhores níveis de aptidão física estão associados a escores mais altos nesses mesmos aspectos, como capacidade funcional, saúde mental e vitalidade, reforçando a relação entre condição física e percepção positiva de qualidade de vida. Por outro lado, os domínios dor e aspectos sociais apresentaram os menores escores médios, apontando possíveis impactos negativos na qualidade de vida. Esses achados são consistentes com investigações que identificam a dor crônica e a redução na participação social como fatores que comprometem o bem-estar nessa faixa etária (Reis et al., 2020; Lima et al., 2021).

As análises de correlação entre o IAFG e os domínios do SF-36 revelaram, em sua maioria, associações fracas e não significativas. A exceção foi a correlação entre o teste de caminhada de 6 minutos e o domínio global do SF-36, que foi moderada e significativa, sugerindo que melhores níveis de capacidade cardiorrespiratória podem contribuir para uma melhor percepção geral de qualidade de vida. Isso reforça a ideia de que a capacidade funcional influencia a forma como o indivíduo percebe sua saúde e autonomia (Carmeli et al., 2013), e que a aptidão física está relacionada a diversos aspectos da qualidade de vida (Furtado et al., 2022).

5.1 Limitações e potencialidades do estudo

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Primeiramente, o tamanho reduzido da amostra, composto apenas por mulheres participantes de um único projeto, pode limitar a generalização dos achados para outras populações. Além disso, a natureza transversal do estudo impede estabelecer relações causais entre aptidão física e qualidade de vida. Outro ponto é a possível influência de variáveis não controladas, como o histórico de doenças crônicas ou níveis de atividade física fora do projeto, que podem interferir nos resultados. Contudo, apesar dessas limitações, o estudo traz contribuições importantes ao explorar a relação entre aptidão física funcional e percepção da qualidade de vida em um grupo específico, fornecendo dados relevantes para a elaboração de intervenções multidimensionais voltadas para o envelhecimento ativo.

6 CONCLUSÃO

Este estudo avaliou a aptidão física e a percepção de qualidade de vida das participantes do Projeto Vida Ativa, que apresentaram desempenho intermediário nos testes físicos da bateria SFT, com melhores resultados na força muscular e maior limitação em flexibilidade e agilidade. Quanto à qualidade de vida, os domínios limitação por aspectos emocionais, capacidade funcional e saúde mental foram os mais bem avaliados, enquanto dor e aspectos sociais mostraram escores mais baixos. As análises revelaram que, na maioria dos casos, as correlações entre aptidão física funcional e qualidade de vida foram fracas e não significativas. A exceção foi a capacidade cardiorrespiratória, que apresentou correlação moderada e significativa com a percepção global de qualidade de vida, sugerindo que melhores níveis deste componente estão associados a maior autonomia e independência nas atividades diárias. Esses resultados indicam que, embora a aptidão física possa influenciar aspectos da qualidade de vida, sua relação mais evidente nesta amostra ocorreu com a capacidade cardiorrespiratória.

REFERÊNCIAS

AIRES, N. et al. **Influência do exercício físico na qualidade de vida de idosos.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 13, n. 3, p. 477-486, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-idosa>. Acesso em: 29 jun 2025.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Crescimento da população idosa traz desafios para a garantia de direitos.** 05 out. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2023/outubro/crescimento-da-populacao-idosa-traz-desafios-para-a-garantia-de-direitos>. Acesso em: 09 jun 2025.

BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. **Transição demográfica do Brasil gera demandas para o setor de CT&I.** Brasília: MCTI, 2 jul. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/mcti/pt-br/acompanhe-o-mcti/noticias/2024/07/transicao-demografica-do-brasil-gera-demandas-para-o-setor-de-ct-i>. Acesso em: 29 jun 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da pessoa idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-idosa>. Acesso em: 29 jun 2025.

BRASIL. Secretaria de Comunicação Social. **Censo 2022: número de idosos na população do país cresceu 57,4% em 12 anos.** Brasília: SECOM, 27 out. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2023/10/censo-2022-numero-de-idosos-na-populacao-do-pais-cresceu-57-4-em-12-anos>. Acesso em: 29 jun 2025.

CARMELI, E. et al. **The effect of strength training on functional performance in elderly people.** Aging Clinical and Experimental Research, v. 15, n. 1, p. 48–52, 2013.

CARVALHO, F. A. et al. **Associação entre dor, capacidade funcional e saúde mental em idosos: uma abordagem multidisciplinar**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 22, n. 5, p. e190045, 2019. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190045>.

CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. **Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research**. Public Health Reports, v. 100, n. 2, p. 126-131, 1985.

CICONELLI, R. M. et al. **Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36)**. Revista Brasileira de Reumatologia, 39(3), 143–150 1999.

COELHO, J. R. et al. **Aptidão física relacionada à saúde de idosos participantes de programas de atividade física**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 24, n. 6, p. 1-9, 2021. <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210061>.

DANCEY, Christine P.; REIDY, John. **Estatísticas sem matemática para psicologia**. Porto Alegre: ARTMED, 2006.

ERNIDA, J. (2014). Geriatria e gerontologia: esboço histórico. **O envelhecimento e a velhice ao longo dos tempos (1-1.1)**. Geriatria fundamental saber e praticar. Lisboa, Portugal: Lidel. Disponível em: <https://encontrografia.com/wp-content/uploads/2023/03/Ebook-Geriatria-e-Gerontologia-vol.1-1.pdf>. Acesso em 29 jun 2025.

FARIA, A. M. et al. **Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário de qualidade de vida SF-36**. Revista Brasileira de Reumatologia, v. 52, n. 2, p. 129-135, 2012.

FLECK, S. J. **Fundamentos do treinamento de força muscular**. 3. ed. São Paulo: Phorte, 2000.

Furtado GE, Vaz C, Bovolini A, Marques E, Serra N, Costa-Brito AR, Vila-Chã C. **The Impact of Physical Activity Levels and Functional Fitness Status on the Quality of Life Perceived by Older Adults Living in Rural and Urban Areas: The Portuguese Inland Case**. Healthcare. 2022; 10(7):1266. <https://doi.org/10.3390/healthcare10071266>

HULLEY, Stephen B. et al. **Delineando a pesquisa clínica [recurso eletrônico]** / Stephen B. Hulley et al.; tradução e revisão técnica: Michael Schmidt Duncan; tradução: André Garcia Islabão. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. e-PUB. Disponível em: https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/143/c4fd11a995cc235510d275cf8298427d.pdf. Acesso em: 01 jun 2025.

IBGE. **Em 2023, expectativa de vida chega aos 76,4 anos e supera patamar pré-pandemia**. Agência de Notícias IBGE, 27 nov. 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41984-em-2023-expectativa-de-vida-chega-aos-76-4-anos-e-supera-patamar-pre-pandemia>. Acesso em: 29 jun 2025.

IBGE. **Número de idosos no Brasil cresce 57,4% em 12 anos, aponta Censo 2022**. Agência de Notícias IBGE, 27 out. 2023. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acesso em: 29 jun 2025.

IZQUIERDO, M. et al. **International Exercise Recommendations in Older Adults (ICFSR): Expert Consensus Guidelines**. Journal of Nutrition, Health & Aging, v. 25, n. 7, p. 824-853, 2021. DOI: 10.1007/s12603-021-1665-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12603-021-1665-8>. Acesso em: 01 jul 2025.

LAGUARDIA, J. et al. **Brazilian normative data for the Short Form 36 questionnaire, version 2**. Revista Brasileira de Epidemiologia, 16 (4), 889-897, 2013. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000400009>

LIMA, K. C. et al. **Percepção da dor e qualidade de vida em idosos: um estudo de base populacional**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. 7, p. 2811–2818, 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.15192020>

LINS, Liliane; CARVALHO, Fernando Martins. **SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: scoping review**. SAGE Open Medicine, v. 4, p. 1-12, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1177/2050312116671725>

MARIANO, E. R. et al. **Força muscular e qualidade de vida em idosos**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 805-811, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000400014>.

MAZO, G. Z. et al. **Aptidão física e sua relação com a autonomia funcional de mulheres idosas**. Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano, v. 17, n. 4, p. 446–455, 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 7. ed. Florianópolis: Ed do Autor, 2017.

OLIVEIRA, R. J. et al. **Efeitos de um programa de exercícios físicos na aptidão cardiorrespiratória e funcional de idosos**. Fisioterapia e Pesquisa, v. 25, n. 2, p. 165–171, 2018.

REIS, L. A. C. et al. **Dor crônica e suas implicações na funcionalidade e qualidade de vida de idosos**. Revista Dor, v. 21, n. 2, p. 182–188, 2020. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20200032>

RIBEIRO, Maria Alana Carvalho. **Aptidão física de idosos praticantes de hidroginástica no Projeto Vida Ativa da Universidade Federal de Pernambuco: um estudo longitudinal**. 2025. 31 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Educação Física) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2025.

RIKLI, R. E.; JONES, C. J. **Functional fitness normative scores for community-residing older adults, ages 60–94**. Journal of Aging and Physical Activity, v. 7, p. 162–181, 1999.

ROSA, T. E. C.; BENÍCIO, M. H. D.; LATORRE, M. R. D. O.; RAMOS, L. R. **Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos**. Revista de Saúde Pública, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.

RUZENE, J. R. S.; NAVEGA, M. T. **Avaliação do equilíbrio, mobilidade e flexibilidade em idosas ativas e sedentárias.** *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 785–793, out./dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13105>. Acesso em: 04 ago 2025.

SILVA, D. F. O. et al. **A importância da agilidade e do equilíbrio dinâmico na prevenção de quedas em idosos.** *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 23, n. 1, p. e190226, 2020.

SILVA, N. S. L. DA et al. **Influência do treinamento resistido sobre a aptidão cardiorrespiratória em idosos.** *RBPFEEX - Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, v. 10, n. 60, p. 486-496, 24 jul. 2016.

Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). **The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection.** *Medical Care*, 30(6), 473–483.

WHO. **Ageing and health.** WORLD HEALTH ORGANIZATION. Fact sheet No. 404, 1 Oct. 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. Acesso em: 09 jun 2025.

WHO. **Life expectancy and healthy life expectancy.** Geneva: World Health Organization, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-life-expectancy-and-healthy-life-expectancy>. Acesso em: 29 jun 2025

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization.** *Social Science & Medicine*, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995. DOI: 10.1016/0277-9536(95)00112-K. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/027795369500112K>.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **RELAÇÃO ENTRE FUNCIONALIDADE E PRESSÃO ARTERIAL EM HIPERTENSOS PARTICIPANTES DE PROGRAMAS PÚBLICOS DE PROMOÇÃO À SAÚDE**,

RECIFE-PE, BRASIL, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Daniela Karina da Silva Ferreira (Cidade Universitária, S/N Recife - PE, 50730-120) tel: (2126-3058) Email: daniela.karina@ufpe.br

Também participa desta pesquisa o pesquisador: Isabela Monteiro Diniz. Telefone para contato: (8198817-3868) e está sob a orientação da: Prof.^a Dr.^a Daniela Karina da Silva Ferreira Telefone: 2126-3058 e-mail: daniela.karina@ufpe.br

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA: O intuito da pesquisa é analisar a relação entre aptidão funcional e níveis de pressão arterial de hipertensos participantes de programas públicos de promoção à saúde, Recife-PE, Brasil. Os voluntários precisam aferir a pressão, tirar medidas antropométricas, como comprimento da cintura, tabular o peso do indivíduo, dados sociodemográficos e testes de aptidão física, proposto por Rikli & Jones. Serão coletados os participantes do Projeto de Extensão Vida Ativa, sendo usuários dos programas de atividades físicas do DEF/CCS/UFPE. Sendo coletadas presencialmente, com duração estimada de 2 horas para cada dia de coleta. Possível risco está relacionado com o constrangimento em tirar as medidas, tornando um possível desconforto que pode ocorrer durante as coletas, **para minimizar possíveis riscos serão feitos com avaliadores capacitados, para que haja mais segurança e conforto para os avaliados.** Em relação ao benefício serão os conhecimentos adquiridos através das coletas para a pesquisa, sendo relevante para processo de aprendizagem e experiências.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, serão através de entrevistas e testes de aptidão física, ficarão armazenados **no computador pessoal** sob a responsabilidade da pesquisadora Daniela Karina da Silva Ferreira no endereço (Cidade Universitária, S/N Recife - PE, 50730-120), pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br).**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado pela pessoa por mim designada, após leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo Relação entre funcionalidade e pressão arterial em hipertensos participantes de programas públicos de promoção à saúde, Recife-PE, Brasil, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

A rogo de _____, que é (deficiente visual ou está impossibilitado de assinar),
eu _____ assino o presente documento que autoriza a sua participação neste estudo.
Local e data _____

Assinatura

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa
e o aceite do voluntário em participar.** (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura: