

ESTUDO COMPARATIVO DO ÍNDICE DE AUTONOMIA POTENCIAL DE IDOSAS PRATICANTES E NÃO PRATICANTES DE EXERCÍCIOS FÍSICOS REGULARES

Gabriela Linhares Daltio
Flor Bonadiman Fusi
Anselmo José Perez
Aline Fiorin

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo comparar o índice de autonomia potencial (IAP) de idosas praticantes (grupo exercício – GE; 27 Indivíduos) e não praticantes de exercício físico regular (grupo controle – GC; 21 Indivíduos). O estudo foi desenvolvido com dois grupos amostrais constituídos de 48 mulheres acima de 60 anos. Os dados foram coletados em um teste de campo (TSMP,) que consiste em percorrer 800m transportando cargas pré-determinadas. Houve diferença significativa para o IAP (GC $64,4 \pm 5,2$ -vs-GE $68,2 \pm 4,7$; $p=0,01$). Os dados sugerem que a prática regular de exercícios físicos tem forte influência em relação ao potencial físico que as idosas estudadas apresentaram.

Palavras-chave: Idoso. Autonomia Pessoal. Exercícios Físicos.

ABSTRACT

The present study had like purpose to compare the indice of potential autonomy (IPA) of elderly practitioners (exercise group – EG; 27 individuals) and no practitioners of physical exercise (control group – CG; 21 individuals). The study was developed with tow sample groups consisting of 48 womans over 60 years old. The date were collected for the a field test (TSMP), that is to go 800 carrying loads pre-determined. The difference was significant for the IPA (CG $64,4 \pm 5,2$ -vs-EG $68,2 \pm 4,7$; $p=0,01$). The data suggest that the practice of the physical exercise have the strong influence on the physical potential that the elderly showed.

Key Words: Elderly. Personal Autonomy. Physical Exercises.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue comparar la tasa de autorrevisión potencial (TAP), de los ancianos practicantes (grupo de ejercicio - GE, 27 personas) y no practicantes de ejercicio regular (grupo de control - GC, 21 temas). El estudio se realizó con dos grupos de muestra de 48 mujeres de más de 60 años. Los datos fueron recolectados en una prueba de campo (TSMP), que es caminar 800m llevando cargas predeterminados. Hubo diferencia significativa para los TAP ($64,4 \pm 5,2$ -GC-GE vs $68,2 \pm 4,7$, $p = 0,01$). Los datos sugieren que la práctica regular de ejercicio físico tiene una fuerte influencia en el potencial físico que las personas envejecidas mostraron. Palabras clave: Anciano. Autonomía Personal. Ejercicios Físicos.

INTRODUÇÃO

Em nível mundial a população de pessoas acima de 60 anos de idade vem aumentando exponencialmente. Esse fato ocorre, pois “o envelhecimento da população brasileira acompanha uma tendência internacional impulsionada pela queda da taxa de natalidade e pelos avanços da biotecnologia” (IBGE, 2000, p.30). De acordo com o IBGE (2000) a população idosa está mais feminilizada, já que em 1991 as mulheres correspondiam a 54% da população de idosos e em 2000 esse número cresceu para 55,1%. Acompanhando essas mudanças populacionais, muitas pesquisas realizadas atualmente estão voltadas para a temática do envelhecimento, que cada vez mais chama atenção de vários segmentos da sociedade.

O envelhecimento é um processo e é consenso que não existe marco cronológico que separaria a vida adulta da velhice. Assim, “[...] a entrada na velhice depende de vários aspectos que ultrapassam limiares da mera cronologia” (FARINATTI, 2002, p.129). As teorias biológicas do envelhecimento enfocam-se no declínio e na degeneração da função e estrutura dos sistemas orgânicos e das células, porém “[...] não tem hoje esclarecidos os mecanismos envolvidos em sua gênese, apesar do envelhecimento biológico ser um fenômeno universal e comum a praticamente todos os seres vivos animais.” (PAPALÉO NETTO e BORGONOV, 1996, p.44). Acredita-se, portanto, que como uma máquina, ao avanço da idade o corpo humano apresentaria falhas em seus desempenhos e “[...] de fato, os sistemas orgânicos não conseguem desempenhar bem suas funções diante das variações do meio interno” (FARINATTI, 2002, p.130), logo a perda progressiva da capacidade da quebra de homeostase seria sinônimo da senescência.

Mudanças na capacidade funcional são comuns nessa época da vida devido, muitas vezes, à inatividade física. Para tanto é importante ressaltar que “a diminuição da capacidade de desempenho físico durante a vida é, freqüentemente, mais uma consequência das condições de trabalho e do hábito de vida do que de incapacidade biológica” (VALE, 2005, p. 34), e segundo Kuroda e Israell apud Matsudo et al (2000) os efeitos do envelhecimento então mais relacionados pela má adaptação e a imobilidade do que por doenças crônicas. Ou seja, pessoas que adotam ou detêm um estilo de vida não saudável tendem a ter uma menor autonomia do que as outras pessoas, já que o que determina esse tipo de situação não é se o idoso tem ou não incapacidade biológica, e sim está relacionado a que condições se encontram essas pessoas. Sendo assim é possível relacionar que, a melhora da autonomia funcional está relacionada com a prática regular de exercício. Deste modo, é importante lembrar que praticantes de exercícios físicos regulares que estão na terceira idade terão benefícios na autonomia funcional, já que não há evidências da relação do exercício físico regular (EFR) e processo de envelhecimento. Atentos a este quadro podemos observar que se faz necessário cada vez mais o desenvolvimento de programas que atendam a esta população. Segundo Farinatti & Ferreira (2006, p.204)

“[...] advogam-se iniciativas que busquem a preservar a qualidade, o significado, o direito à vida nas idades avançadas, a fim de garantir que a expansão da esperança de vida enseje, concomitantemente, esforços para o preenchimento desses anos adicionais com um senso de auto-realização”.

A realização de exercícios físicos regulares (EFR) contribui para que a autonomia esteja mais presente na vida dos senis e trabalha com “[...] a preservação das atividades habituais dos idosos e, por conseguinte, a manutenção de sua capacidade de integração às comunidades, contribuindo com seu desenvolvimento e usufruindo os frutos de seu progresso” (FARINATTI & FERREIRA, 2006, p. 205).

O índice de autonomia potencial (IAP) representa a autonomia do idoso relativa ao nível de aptidão física, força de membros superiores e capacidade cardiorrespiratória. Em outras palavras, seria a mensuração da real condição física que a pessoa se encontra em relação a sua autonomia. Este tipo de avaliação é de grande importância já que faz parte de um sistema avaliativo que tem como objetivo considerar a autonomia do idoso de forma positiva, diferente de outros sistemas que por um ângulo negativo propõe esse índice apenas considerando o quanto a pessoa não pode fazer alguma atividade e as incapacidades, desconsiderando as verdadeiras potencialidades.

Podemos observar então que a prática de exercícios físicos regulares, por idosos, acarreta influências sobre a sua autonomia, cabendo a este estudo discutir se por conta dessas influências mulheres que praticam exercícios teriam uma autonomia potencial maior do que mulheres que não praticam.

Visto que o tipo de abordagem positiva é recente no cenário acadêmico, já que poucos estudos trabalham nessa perspectiva, focamos nosso estudo da relação da autonomia da pessoa idosa por esse âmbito, a título de comparar este índice entre um grupo praticante de exercício físico regular (GE) e outro que não pratica (GC) regularmente, por este novo ponto de vista.

OBJETIVOS GERAIS

Determinar se existe diferença de IAP de idosos praticantes e não praticantes de exercícios físicos regulares (EFR)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar se existe diferença do tempo total de percurso do ‘*TSMP*’ de idosas praticantes e não praticantes de EFR. Determinar se existe diferença do número de pausas (‘*TSMP*’) de idosas praticantes e não praticantes de EFR. Determinar se existe diferença de FC de repouso (FCr) em idosos praticantes e não praticantes de EFR. Determinar se existe diferença de FC após a caminhada em idosos praticantes e não praticantes de EFR.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Breve caracterização da pesquisa

Para determinarmos se existe diferença entre IAP de idosas praticantes de EFR e não praticantes foi utilizado um estudo transversal do tipo quase-experimental, que segundo Laville e Dionne é “um estudo que os grupos não são formados de maneira aleatória” (1999, p.145). Nessa pesquisa as variáveis não são manipuladas pelo pesquisador (THOMAS et al, 2007).

População e amostra

A população escolhida como objeto de estudo desse projeto é a terceira idade, “[...] entendendo por esta os indivíduos pertencentes à faixa etária maior de 60 anos de idade” (MATSUDO, 1997, p. 23). O estudo foi desenvolvido com dois grupos amostrais, um composto por praticantes de exercícios físicos regulares (grupo exercício – GE; 27 Indivíduos) e o outro composto por pessoas que não praticavam regularmente exercícios físicos (grupo controle – GC; 21 Indivíduos).

A amostra é definida como não-probabilista, já que nem todos os elementos da população tiveram oportunidade conhecida e não nula de fazer parte e que os resultados da pesquisa dessa amostra não representam uma população inteira. A amostra foi composta por indivíduos que tinham características semelhantes em relação a proposta da pesquisa pois, as “amostras são formadas em função de escolhas explícitas do pesquisador” (LAVILLE & DIONNE, 1999, p. 170). Esse tipo de amostra é classificada como não-probabilista típica, pois, “[...] a partir das necessidades de seu estudo, o pesquisador seleciona casos julgados exemplares ou típicos da população-alvo ou de uma parte desta [...]” (LAVILLE & DIONNE, 1999, p. 170).

Os indivíduos que compuseram os grupos eram do sexo feminino e com idade acima de 60 anos, sendo um grupo praticante de EFR do programa de exercícios físicos (hidroginástica, alongamento, caminhada, yoga) do Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) da Prefeitura Municipal de Vitória (PMV), outro que praticava EFR, mas com as idosas não engajadas em algum programa específico (caminhada), e o outro grupo de não praticantes de EFR ou que praticavam a menos de 6 meses ou de forma irregular, pouca frequência.

Instrumento e coleta de dados

O instrumento usado para a coleta de dados foi o Sistema Sênior de Avaliação da Autonomia de Ação (*SysSen*) que foi descrito detalhadamente em publicações prévias, quanto ao seu desenvolvimento, validação e protocolo de aplicação (FARINATTI & VANFRAECHEM, 1999; FARINATTI, 2000). O sistema é formado por um questionário de atividades físicas e de um teste de campo. O teste de campo refere-se a uma marcha de 800 metros que as avaliadas se submeteram, transportando pesos específicos para o sexo feminino (6,5 kg). O ‘*TSMP*’ consiste em três fases: 1) Fase Pré Fadiga: o indivíduo sustenta o peso durante 3 minutos até que seja autorizado a caminhar; 2) Fase de Trabalho: o indivíduo é convidado a percorrer sem correr, 800m, segurando com as mãos o peso. Durante a fase de trabalho são observados: a) tempo a cada 200m; b) número de pausas; c) Frequência cardíaca (FC) no final do teste. 3) Fase de Recuperação: ao fim dos 800 metros, logo após colocar os pesos no chão, observar imediatamente e logo após 3 minutos a FC. A partir daí “Calcula-se um índice representativo do potencial de realização das tarefas que dependem da interação funcional da FO e PA” (FARINATTI, 2000, p.224) e é representado pelo Índice de Autonomia Potencial (IAP). A partir das duas etapas do teste “estabelece-se uma razão autonomia potencial/exprimida (IAP/IAE) – Índice Sênior da Autonomia de Ação (ISAC)” (FARINATTI, 2000, p.224), sendo que os resultados presumem a autonomia funcional sob uma perspectiva positiva. Para o presente estudo será dado foco apenas a análise do IAP. Os dados foram coletados nos meses de Agosto, Setembro e Outubro do ano de 2008.

Os critérios adotados para exclusão da participação no estudo foram: 1) restrição médica a prática de exercício ou restrição motora que impossibilitasse a realização do teste; 2) problemas oste-mio-articulares que possibilitasse restrição a realização do teste; 3) valores hipertensivos em repouso (sistólica > 150 mmHg e diastólica >100 mmHg). Todas as participantes foram pré-informadas da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo.

Antes de iniciar o teste, no Laboratório de Fisiologia do Exercício (LAFEX) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e no módulo do Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) da Praça dos Desejos localizado na Cidade de Vitória, foi aferida a pressão arterial das idosas participantes pelo método auscultatório, respeitando as orientações da V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, sendo utilizado o aparelho esfigmomanômetro, da marca Glicomed – Premium (LAFEX) e Nissouri (SOE). Logo após foi aferida a Frequência Cardíaca de repouso (FCr), sendo usado como protocolo a aferição num período de 15 segundos e multiplicado o valor encontrado nesse período por 4 para definir o valor da frequência em 1 minuto. A região do corpo utilizada para a palpação digital foi o punho (artéria radial). O peso e a altura foram aferidos na balança digital da marca Soehnle e estadiômetro da marca Asimed, respectivamente, essas mesmas variáveis foram aferidas no SOE com a balança e estadiômetro Welny.

O local de realização dos testes foi uma quadra esportiva coberta no Centro de Educação Física e Desportos (UFES), e também uma quadra esportiva localizada na Praça dos Desejos. Foi delimitado um percurso de 50 metros onde as participantes percorreram 16 vezes para que pudessem alcançar 800 metros. Em um primeiro momento foi explicado para elas a realização do teste de forma minuciosa para que ele não fosse interrompido por motivos não previstos em sua realização. Foi indicado que a participante deveria se posicionar no ponto inicial do teste, ao qual foram entregues as sacolas portadoras dos pesos, e permanecer durante 3 minutos - essas sacolas foram feitas de um material resistente, com alças largas e reforçadas com um revestimento macio para que pudesse diminuir qualquer eventual desconforto nas mãos que interferisse o desempenho da idosa, sendo que os pesos foram feitos por pequenas sacolas que continham areia. Logo após este tempo foi autorizada a caminhada. Durante o percurso, o tempo a cada 200 metros foi verificado pelo cronômetro da marca Technos. Então, sendo percorridos os 800 metros, a participante era indicada a parar e deixar os pesos no chão. Neste momento foi aferida a FC através do cardiófrequencímetro da marca Oregon Scientific. Em seguida a participante foi direcionada a realização da fase de recuperação. Todos os dados foram registrados em uma tabela específica (Apêndice B).

Tratamento dos dados

O tratamento estatístico se deu a partir da estatística paramétrica para amostras independentes. A estatística paramétrica é um teste “[...] baseado no pressuposto de que os dados têm distribuição normal e igual variância e de que há independência de observação” (THOMAS et al, 2007, p. 101). O teste t de Student foi utilizado para comparar as médias das variáveis IAP, IMC, tempo total do percurso, número de pausas, FC de repouso e FC após a caminhada (imediatamente) entre os grupos GC e GE. O nível de significância escolhido foi de $p \leq 0,05$.

Limitações do estudo

Uma das limitações para o estudo foi que não houve controle dos exercícios realizados pelo GE, outra é que para a realização dos testes não foi utilizado o mesmo local, apesar de que ambos apresentaram características físicas semelhantes, sem maiores alterações de um para o outro.

As idosas que não estivessem fora dos critérios de exclusão não poderiam realizar o teste, porém não temos nenhuma declaração médica do estado de saúde delas. Valendo de informações obtidas através de perguntas realizadas as idosas sobre o estado de saúde que pudemos avaliar elas se poderiam ou não realizar o teste.

RESULTADOS

As características antropométricas e a idade dos grupos GE e GC estão apresentadas na tabela 1. Podemos observar que não houve diferença significativa entre as variáveis, mostrando que os grupos eram semelhantes.

Tabela 1. Resultados dos dados antropométricos e idade de idosas praticantes e não praticantes de exercício físico regular. Os valores apresentados são as médias de cada grupo e o desvio-padrão.

	Idade	Estatura (m)	Peso (kg)	IMC (kg/m ²)
GC	67,8±4,9	1,54±0,05	65,70±14,63	27,5±5,4
GE	68,8±6,4	1,56±0,04	67,43±10,06	27,7±3,6
P	0,56	0,28	0,65	0,86

Os dados referentes aos resultados do ‘Teste Sênior de Caminhar e Transportar’ estão discriminados na tabela 2.

Tabela 2. Resultados dos dados do Teste Sênior de caminhar e transportar (TSMP), realizado por idosas praticantes e não praticantes de exercícios físicos regulares. Os valores apresentados são as médias de cada grupo e o desvio-padrão. GC (n=21) e GE (n=27).

	TEMP O	Nº PAUSA S	FC Teste (bpm)	% FCmáx	FCr (bpm)	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	IAP
GC	679 ±78,0	0,62 ±1,2	119 ±17	77 ±9,9	83 ±9	121 ±16	78 ±13	64,5 ±5,2
GE	631 ±91,1	0,52 ±1,2	113 ±22	74 ±12,6	73* ±11	126 ±14	80 ±8	68,3* ±4,8

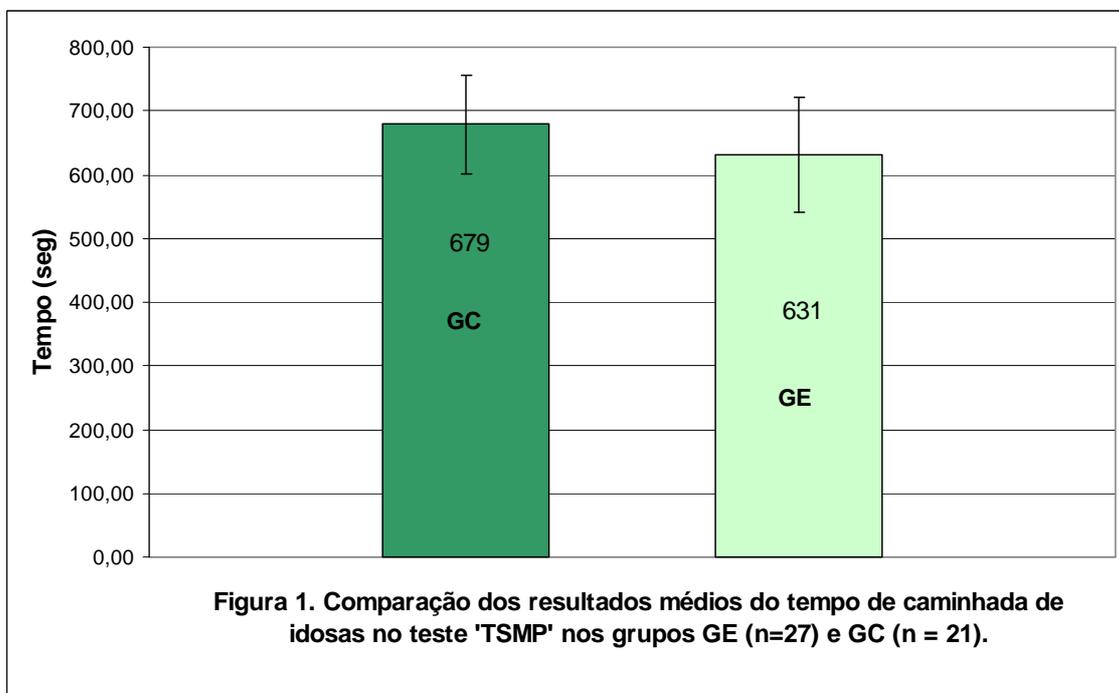
p	0,056	0,77	0,27	0,44	0,001	0,20	0,52	0,01
----------	-------	------	------	------	-------	------	------	------

* $p \leq 0,05$

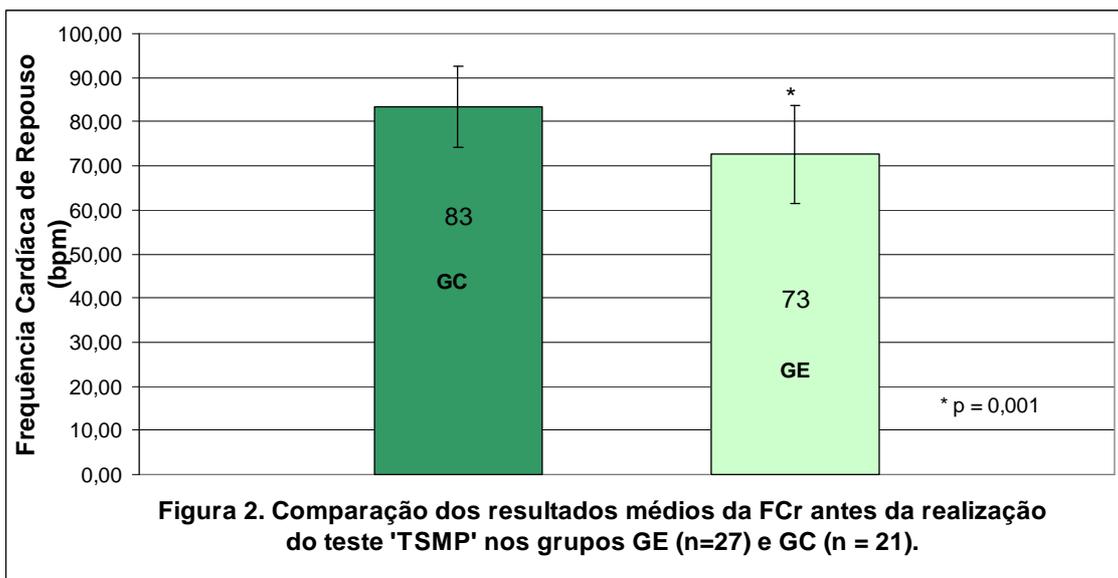
Como podemos observar na tabela 1 os dados referentes às médias para idade, estatura, peso e IMC não obtiveram diferença significativa quando comparados os grupos, assim então a amostra é considerado semelhante.

Na comparação entre os grupos, as médias para o número de pausas, FC do teste, %FCmáx, PAS e PAD não obtiveram diferença significativa, já que o p foi para estas variantes maior do que 0,05 (tabela 2).

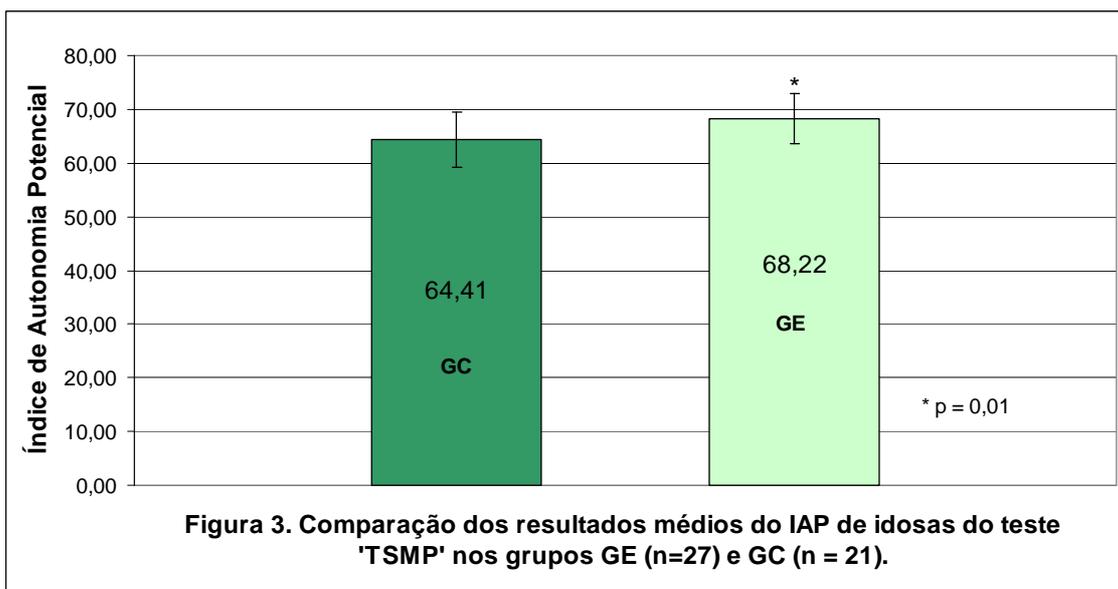
A média de tempo percorrido, que pode ser observada na tabela 2, pelo GC no TSMP foi de 678,90 segundos e a média de tempo percorrido pelo GE no TSMP foi de 630,96 segundos, sendo que esses valores não obtiveram diferença significativa ($p = 0,056$), mas houve uma tendência a ter uma discrepância, já que o p está próximo do valor estipulado como referência (figura 1).



As médias encontradas para a FCr estão apresentadas na tabela 2. Elas mostram que os grupos obtiveram essa diferença significativa quando comparados, com p igual a 0,001 (Figura 2).



Como visto na tabela 2, o resultado encontrado para o valor médio do IAP, quando comparados entre os grupos, foi significativamente maior no GE (figura 3), aceito p igual a 0,01.



DISCUSSÃO

Os grupos são semelhantes em relação à idade, peso, estatura e IMC (tabela 1), já que não obtiveram diferença significativa.

Em relação à variável tempo de execução do teste, apesar não haver diferença significativa entre os grupos, há uma tendência a existir uma diferença entre as amostras já que o GE obteve melhor resultado que o GC, pois a média tempo GC foi bem maior e o p está bem próximo da referência. Um estudo de Marcelino (2003) pretendia

estruturar um programa de exercício físico resistido para idosos, nele foi avaliado o tempo de percurso de caminhada de 800 metros em linha reta pré e pós a efetivação do programa, que durou um período de seis meses e foi realizado por voluntários de ambos os sexos. O autor analisou que “todos os idosos, sem exceção conseguiram abaixar o tempo registrado na primeira avaliação em relação a segunda avaliação” (MARCELINO, 2003), refletindo as melhoras que obtiveram na aptidão física pelo treinamento proposto. Esse enriquecimento da aptidão física se deu provavelmente pelo desenvolvimento da capacidade cardiorrespiratória e da força muscular desses idosos, pois de acordo com Kierkendall & Garrett (1998) tanto o exercício de endurance quanto o treinamento de resistência muscular podem minimizar os efeitos evidentes das adaptações que acontecem com o envelhecimento.

Quando comparamos o número de pausas do GC e o GE, bem como a comparação entre o %FCmáx (Tabela 2) entre os grupos, não foram encontradas diferenças significativas. Podemos levar em conta que os dois grupos tiveram um esforço fisiológico semelhante apesar de que o tempo total percorrido foi diferente entre os grupos, sendo o maior tempo do GE, ou seja, o GC obteve um maior esforço para realizar o teste com resultados menos eficiente em termos fisiológicos.

Sendo assim podemos observar que pessoas que treinam tendem a ter maior capacidade de percorrer um determinado percurso em um menor tempo do que pessoas destreinadas.

Ao adentrarmos na discussão dos resultados da FCr, segundo Almeida (2007) e Negrão (2006) apesar de não haver comprovações reais dos efeitos do exercício físico sobre a ação parassimpática, responsável pela diminuição da FCr, e que esse acontecimento não esteja apenas relacionado com a redução do tônus simpático e vagal, mas também mudanças funcionais das células do marcapasso do nó sinusal, não podemos deixar de levar em consideração que após algumas semanas de treinamento ocorre uma diminuição considerável da FCr, havendo assim uma associação dessa condição com a prática de exercícios físicos, já que ela “está fortemente relacionada com o nível de treinamento físico” (NEGRÃO, 2006, p. 81). Entretanto, não comparamos a condição física dos indivíduos pela FCr, já que esta comparação é válida apenas em relação ao mesmo indivíduo, mas podemos observar que, esta variável reflete uma condição geral física melhor no GE, já que este obteve menores valores da FCr quando comparado com o GC.

De acordo com César (2007) e Almeida (2007) é importante ressaltar que níveis relativamente baixos de FCr refletem uma menor relação com potenciais riscos cardiovasculares quando comparados com níveis elevados dessa variável. Esta informação reflete os benefícios que uma pessoa adquire quando passa a ter uma condição de vida fisicamente ativa, já que com a redução da FCr pode-se crer que riscos potenciais de doenças cardíacas estão relativamente menores do que em pessoas com essa variante relativamente alta.

Portanto, a frequência cardíaca de um coração que está sobre o efeito de treinamento tende a ser menor do que em indivíduos que não praticam nenhum tipo de exercício. Esta afirmação corrobora com os resultados obtidos na nossa pesquisa (figura 2) onde a FCr foi significativamente menor em indivíduos que praticavam exercício físico regularmente do que em indivíduos que não adotaram este estilo de vida.

Considerando que os meios para se alcançar uma vida independente são essenciais para o alcance de uma boa qualidade de vida, muitas avaliações da população idosa, no que concerne a aptidão física e sua condição funcional, considera o sujeito a partir de resultados delimitados pelas dificuldades e obstáculos para uma vida

autônoma, e também a partir das atividades realizadas ou da condição física atual. Essas avaliações então pressupõem a autonomia de forma exclusivista/negativa, já que não levam em consideração a complexidade do indivíduo. Nesse estudo consideramos o que é autonomia pela interação dos aspectos particulares e ambientais, tentando contemplar melhor o entendimento da autonomia do idoso, que é complexa e multidimensional. Para isso usamos o IAP para compararmos a autonomia das idosas, pois este índice permite avaliar em um contexto funcional a aptidão física, em termos de potência aeróbica e força de membros superiores, que são capacidades consideradas fundamentais para essa população. Essa nova abordagem tenta superar as avaliações dessa população realizadas do ponto de vista negativo, tentando trabalhar de forma mais ampla, de acordo com as várias dimensões do indivíduo, do seu esquema adaptativo ao meio-ambiente físico e social e também aos desejos individuais de cada um. Então, sob o olhar da relação da saúde do idoso e sua capacidade funcional, não mais seria considerado um indivíduo saudável apenas aqueles que estivessem isentos de doenças ou que estariam em pleno bem-estar, e sim a própria pessoa, juntamente com a interação dos profissionais de saúde, poderia aos poucos construir o verdadeiro sentido da palavra, em certo contexto.

Segundo Krauser et al (2007) manter níveis ótimos de aptidão cardiorrespiratória são considerados de extrema importância para a manutenção de uma vida autônoma e independente, prevenir a dependência e atenuar a fragilidade no idoso, e conseqüentemente ajudar a melhorar o constructo de saúde do indivíduo. O nível de atividade física, década por década, diminui em todos os sujeitos, porém pessoas que se exercitam fisicamente experimentam menores índices desses declínios. Krauser et al (2007), em um pesquisa realizada com idosas separadas em diferentes faixas etárias, constataram que apesar da aptidão cardiorrespiratória declinar com o avanço da idade, aquelas que mantiveram maiores níveis de atividade física conservaram maior nível cardiorrespiratório.

O treinamento físico com o propósito de manter a aptidão física em idosos é de extrema importância para a manutenção/melhoria da capacidade funcional do indivíduo. Todas as alterações essenciais da prática do exercício físico têm relação direta com o potencial que o indivíduo apresenta, fisicamente, para realizar tarefas do dia-a-dia e lazer, e é fato que há uma íntima relação da autonomia com a aptidão cardiorrespiratória, pois em várias situações cotidianas é de extrema importância a produção de energia para a realização de um trabalho pretendido (MATTOS & FARINATTI, 2007).

Em um estudo em que se desejavam comparar a aptidão físico funcional em mulheres idosas que realizaram 10 semanas de treinamento de baixa intensidade no cicloergômetro (grupo experimental – GEX) e idosas que não realizaram (grupo controle – GCO), Mattos e Farinatti (2007), observaram aumento significativo no IAP do GEX, contrário aos resultados obtidos pelo GCO, ao qual não houve incremento nos níveis de IAP. Estes resultados sugerem que as mulheres idosas que participaram do treino obtiveram melhoras importantes na aptidão cardiorrespiratória. Trazendo a discussão para os resultados da nossa pesquisa, este estudo corrobora com o fato do saldo em termos de IAP para o GE ser significativamente maior do que o grupo controle possivelmente por que quem pratica exercício teria maior aptidão física e, portanto maior capacidade para a realização do teste.

Praticantes de exercícios físicos então, relativamente, quando comparados a não praticantes detêm um maior potencial físico para a realização dessas tarefas, já que relativamente, quando consideramos níveis de aptidão física, o daquelas que praticam exercícios regulares seria bem maior do que as que não praticam o que explicam

potenciais físicos diferentes encontrados em cada grupo. A figura 3 reflete essa situação já que obtivemos como resultados uma diferença significativa entre o GE e o GC, onde o IAP foi maior no GE.

O GC teve um resultado de IAP que reflete uma menor condição física em relação às capacidades envolvidas no teste. Isso pressupõe que o grupo que não pratica exercícios físicos regularmente está mais propício aos males do sedentarismo, que segundo Jacob Filho (2006) é o principal responsável pela limitação física e está muito presente na vida dos idosos, chegando a atingir cerca de 90% dos senis. Sendo assim o sedentarismo seria um fator negativo quando associado ao envelhecimento, pois diminui as chances de uma vida saudável e autônoma, atuando muitas vezes no declínio da capacidade física.

Podemos pressupor que as participantes de nosso estudo do GE, por praticarem regularmente exercícios físicos, diferente do outro grupo, possivelmente obtiveram maior resultado no IAP pelo melhor nível de aptidão física apresentado.

CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo comparar o IAP de idosas que praticam exercícios físicos regularmente (GE) e idosas que não praticam regularmente (GC). É importante observar que idosas praticantes de exercícios obtiveram melhores resultados em relação as não praticantes, isto posto é um reflexo da capacidade física que as participantes do GE obtiveram mediante a prática regular de exercícios. Apesar dos dados não se concentrarem a partir de um único tipo de atividade vale ressaltar que a prática de EFR, seja hidroginástica, ginástica, musculação, caminhada ou yoga, têm forte influência em relação ao potencial físico que as idosas estudadas apresentam. Sendo assim podemos pressupor que idosas que apresentam níveis elevados de atividades físicas com a prática de exercícios físicos tendem a ter maior aptidão funcional do que aquelas que não praticam.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.B. Frequência cardíaca e exercício: uma interpretação baseada em evidências. *Revista Brasileira de Cineantropometria e desempenho humano*. Florianópolis, vol.9, nº 2, 2007.

ALVES, R.V.; MOTA, J; COSTA, M.C.C; ALVES, J.G.B. Aptidão física relacionada à saúde de idosos: influência da hidroginástica. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. São Paulo, vol. 10, nº 1, 2004.

CÉSAR, L.M.A. Frequência cardíaca e risco cardiovascular. *Revista da associação médica brasileira*. São Paulo, vol.53, nº 5, 2007.

FARINATTI, P. T. V. Proposta de um Instrumento para Avaliação da Autonomia do Idoso: o Sistema Senior de Avaliação da Autonomia de Ação (SysSen). *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. São Paulo, vol. 6, nº 6, 2000.

_____. Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. Revista Brasileira de medicina do Esporte. São Paulo, vol.8, nº4 – Jul/Ago, 2002.

_____. Autonomia referenciada à saúde: Modelos e Definições. Motus Corporis. Rio de Janeiro, vol. 7, nº1, 2000.

FARINATTI, P.T.V, VANFRAECHEM, J.H.P. Descrição e Desenvolvimento do Teste de “Caminhar e Transportar”. Artus. Vol. 19,1999.

FARINATTI, P. T. V; FERREIRA, M. S. Saúde, Promoção da Saúde e Educação Física: conceitos e aplicações. 1. ed. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2006. v. 1. 286 p.

IBEG. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios do Brasil, 2000. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfilidosos2000.pdf>> Acesso em: 01 out. 2008.

JACOB FILHO, W. Atividade física e envelhecimento saudável. Revista Brasileira de Educação Física e Esporte. São Paulo, vol. 20, nº 5, 2006.

KRAUSER, M. P. et al. Influência do nível de atividade física sobre a aptidão cardiorrespiratória em mulheres idosas. Revista brasileira de medicina do esporte. Vol. 13, Nº 2 – Mar /Abr, 2007.

LAVILLE, C; DIONNE. A construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Editoras Artes Médicas Sul Ltda, 1999.

MARCELINO, V.R. a estruturação de um programa de trabalho Resistido para o idoso: uma proposta de intervenção. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física.Campinas, 2003.

MATTOS, M; FARINATTI, P. Influência do treinamento aeróbio com intensidade e volume reduzidos na autonomia e aptidão físico-funcional de mulheres idosas. Revista Portuguesa de Ciências do Desporto. Vol.7, Nº1 - jan, 2007.

MATSUDO, S. M. M.. Envelhecimento e atividade física. In: FARIA JUNIOR, Alfredo (Org.). Atividades Física para a Terceira Idade Brasília: SESI/INDESP,1997, p 23-36.

MATSUDO, S.M.M; MATSUDO,V.K.R; NETO, T.L.B. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. Revista Brasileira de Ciência e Movimento. Brasília, v.8 nº 4, 2000.

NEGRÃO, C. E.; BARRETTO, A. C. P. Cardiologia do exercício: do atleta ao cardiopata. 2 ed. Barueri: Manole, 2006.

NOBREGA, A.C. L et al. Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: Atividade Física e Saúde no Idoso. Revista Brasileira de Medicina do Esporte - Vol.5, Nº6 – Nov/Dez, 1999.

PASCHOAL, S.M.P. Autonomia e independência. In: PAPALÉO NETTO, M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 1996. Cap. 28, p. 313-23.

PAPALÉO NETTO, M.; BORGONNOVI, N. Biologia e Teorias do Envelhecimento, p.44 -59. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. Gerontologia. São Paulo: Editoria Atheneu, 1996. p 44-49.

SBC. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial:2006. Disponível em: < <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2006/VDiretriz-HA.pdf> > Acesso em: 31 nov. 2008.

SIMÃO, R. Treinamento de força na saúde e qualidade de vida. São Paulo: Phorte, 2004.

THOMAS, J.R; NELSON, J.K; SILVERMAN, S.J. Métodos de Pesquisa em Atividade Física. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

VALE, R. G. de S.; NOVAES, J. da S.; DANTAS, E. H. M. Efeitos do treinamento de força e de flexibilidade sobre a autonomia de mulheres senescentes. Revista Brasileira Ciência e Movimento. 2005; 13(2): 33-40.

Rua: Curitiba, 90
Solar de Itapoã
Praia da Costa- Vila Velha- Espírito Santo-29.101-420
florfusi@hotmail.com
Comunicação oral
GTT: Atividade Física e saúde
Recurso tecnológico: Data show