

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO

LAURA UMBELINA PERNA VECCHI

EXERCÍCIO FÍSICO NA TERCEIRA IDADE E A MELHORIA DA
CAPACIDADE FUNCIONAL: SUBSÍDIOS PARA O
ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Ribeirão Preto
2014

LAURA UMBELINAPERNA VECCHI

EXERCÍCIO FÍSICO NA TERCEIRA IDADE E A MELHORIA DA
CAPACIDADE FUNCIONAL: SUBSÍDIOS PARA O ENVELHECIMENTO
SAUDÁVEL

Dissertação apresentada à Universidade
de Ribeirão Preto como parte dos
requisitos para obtenção do título de
Mestre em Saúde e Educação.

Orientadora: Prof^a Dr^a Silvia Sidnéia da
Silva

Ribeirão Preto
2014

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento Técnico
da Biblioteca Central da UNAERP

- Universidade de Ribeirão Preto –

V397e

Vecchi, Laura Umbelina Perna, 1950-
Exercício físico na terceira idade e a melhoria da capacidade
Funcional: subsídios para o envelhecimento saudável / Laura
Umbelina Perna Vecchi. - - Ribeirão Preto, 2014.
75 f.: il. color.

Orientadora: Prof^a. Dr.^a Silvia Sidneia da Silva.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Ribeirão Preto,
UNAERP, Saúde e Educação. Ribeirão Preto, 2014.

1. Idoso – Qualidade de vida. 2. Exercícios físicos.
3. Autocuidado. I. Título.

CDD 610

LAURA UMBELINA PERNA VECCHI

**EXERCÍCIO FÍSICO NA TERCEIRA IDADE E A MELHORIA DA CAPACIDADE
FUNCIONAL: SUBSÍDIOS PARA O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL**

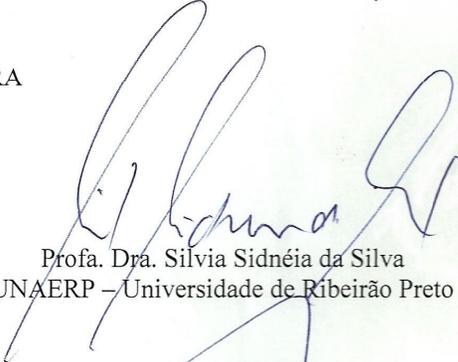
Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde e
Educação da Universidade de Ribeirão
Preto para obtenção do título de Mestre
em Saúde e Educação

Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde

Data da defesa: 26 de março de 2014

Resultado: Aprovada

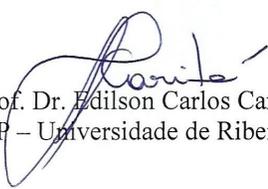
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Silvia Sidnéia da Silva
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto



Prof. Dr. Cassiano Merussi Neiva
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto



Prof. Dr. Edilson Carlos Carità
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

Ribeirão Preto - SP
2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao GUIDO, FLAVIA e THAIS e PEDRO (*in memoriam*), pelo apoio, incentivo e compreensão.

Aos componentes do Grupo Renascer pela participação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus...

A minha mãe Zélia, por sempre acreditar que tudo dá certo no final...

Aos meus irmãos, Leila, Lady e Antonio José pelo incentivo...

Ao meu marido Guido, por respeitar minha vontade...

As minhas filhas Flavia e Thais que são as minhas norteadoras e com suas palavras sempre me impulsionando...

Aos meus amigos pelo estímulo...

Aos colegas de Mestrado por me fortalecer com suas experiências...

Aos professores: Daniela, Elizabeth, Edilson, Carol, Terezinha, Carlos, Eliana, o meu muito obrigado por transformar esse caminho numa estrada de saberes...

A professora Dra. Daniela obrigado de coração por me levar por caminho “nunca dantes percorrido”...

A professora Dra Elizabeth obrigada por me mostrar que a objetividades dos números e a fecundidade da subjetividade enriquecem a alma...

A professora Dra. Carol meu muito obrigado por me levar nessa corrente dinâmica de aprendizado que em você transborda...

A professora Dra. Terezinha, obrigada pela sensibilidade, pelo carinho de nos mostrar nesse processo de aprendizagem, sob o olhar do outro...

Ao professor Dr. Edilson pelo carinho e paciência em nos mostrar o caminho das possibilidades...

Ao professor Dr. Carlos meu eterno obrigado por me fazer ver não somente o que está escrito...

A professora Dra. Eliana, por me fazer enxergar com os olhos da alma...

A professora Dra. Neide, pelo carinho, pelos anos de convivência e pela troca de experiência, o meu muito obrigado...

Ao Professor Dr. Cassiano, minha eterna gratidão pelos ensinamentos, pelos conselhos, por permitir que eu aprenda contigo, e, acima de tudo por dividir comigo este momento...

Ao professor Dr. Lupercio, pelo carinho, pelos momentos de trocas e aprendizado, que nos fortaleceu e obrigado por estar comigo nessa jornada...

A minha orientadora, professora Dra. Silvia, o meu carinho, a minha eterna gratidão, por estar sempre ao meu lado, incentivando, estimulando, acreditando e, acima de tudo, me norteando e mostrando que era possível!

Aos meus amigos professores do curso de Educação Física, companheiros de idealismo e de caminhada, o meu muito obrigado...

À Renata, secretária do curso de Educação Física, meu eterno carinho por tanta ajuda...

E, por fim, aos queridos amigos do Grupo Renascer... obrigada pelo carinho, pela torcida e por participar tão prontamente da pesquisa, pois sem vocês nada disso seria possível, meu carinho e admiração por tanto amor...

“Conheço muitos que não puderam quando deviam, porque não quiseram quando podiam”

Francois Rabelais

RESUMO

VECCHI, L. U. P. Exercício Físico na Terceira Idade e a Melhoria da Capacidade Funcional: subsídios para o Envelhecimento Saudável. 77f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto-SP, 2014.

O Brasil está envelhecendo. Essa é a grande conquista do século XX e o grande desafio do século XXI. A humanidade já vive atualmente o dobro do tempo vivido pelos seus ancestrais, e a ciência médica prevê que a espécie humana possa viver ainda mais, atingindo cem e até mesmo, os cento e vinte anos. Trata-se de um estudo que investiga o exercício físico como preservação da capacidade funcional frente ao processo de envelhecimento e as especificidades da atenção à saúde do idoso. Trata-se de um estudo de caráter não-probabilístico, de amostragem intencional, com abordagem quantitativa que teve como objetivo geral, levantar as condições de vida de 53 idosos praticantes de exercícios físico do Grupo Renascer da Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP. O instrumento utilizado para coleta de dados foi o Índice de Barthel. Este instrumento avalia o grau de independência/dependência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida diária como comer, higiene pessoal, uso de sanitários, tomar banho, vestir e despir, controle de esfíncteres, deambular, subir e descer escadas. Comparando-se os graus de dependência/independência identificados a partir da aplicação do índice de Barthel, em idosos participantes do Grupo Renascer, verificou-se que todos os homens avaliados são independentes e 9,52% mulheres, parcialmente dependentes; dados que nos permite inferir que o grau de independência – da maioria da amostra – além do baixo percentual de dependência leve, em algumas mulheres, podem ser resultados da prática das atividades que são ofertadas no Grupo.

Descritores: Envelhecimento saudável. Autocuidado. Qualidade de vida de idosos. Exercício físico.

ABSTRACT

VECCHI, L. U. P. Physical Exercise in Old Age and Improved Functional Capacity: subsidies for healthy aging. 77f. Thesis (Professional Master's Degree in Health Care and Education), Universidade de Ribeirão Preto-SP, 2014.

Brazil is getting old. This is the greatest achievement in the 20th century and the greatest challenge for the 21st century. People now live twice as long as their ancestors did, and medical science anticipates that humans will live still longer, reaching a hundred, or even a hundred twenty, years of age. This study deals with physical exercise as a factor in the preservation of people's functional capacity as they grow old and the specificities of health-care for the elderly. It is a nonprobabilistic investigation with intentional sampling, following to a quantitative approach, which aims at surveying the living conditions of 53 elderly individuals who engage in physical exercise as part of the activities developed in the Rebirth Group (*Grupo Renascer*) of Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP. The Barthel index was used for data collection. This is an instrument that assesses the level of dependence/independence of an individual in order to carry out 10 basic everyday tasks, such as eating, personal care, use of toilets, dressing and undressing, showering, sphincter control, walking, ascending and descending stairs. By comparing the levels of dependence/independence revealed by the Barthel index for the participants of *Grupo Renascer*, it has been found that all the assessed males are independent, and 9.52% of women are partially dependent. These findings suggest that the level of dependence - for most of the sample - in addition to the small percentage of mild dependence, in some women, may be the result of the physical activity offered by the Group.

Descriptors: Healthful aging. Self-care. Quality of life for the elderly. Physical exercise.

RESUMEN

VECCHI, L.U.P. Ejercicio físico en la vejez y la mejoría de la capacidad funcional: subsidios para el Envejecimiento Saludable. 77f. Tesis (Maestría Profesional en Salud y Educación) Universidade Ribeirão Preto, 2014.

Brasil está envejeciendo. Ese es el gran logro del siglo XX y el reto del siglo XXI. La humanidad vive actualmente el doble del tiempo vivido por sus antepasados, y la ciencia médica pronostica que la especie humana pueda vivir aún más, llegando a cien o hasta ciento veinte años. Este es un estudio que investiga el ejercicio físico como la preservación de la capacidad funcional contra el proceso de envejecimiento y los aspectos específicos de la atención de la salud de los ancianos. Se trata de un estudio de naturaleza no probabilística, de muestreo intencional, utilizando un enfoque cuantitativo que tuvo como objetivo principal observar las condiciones de vida de los 53 ancianos que practican ejercicios físicos del Grupo Renacer, de la Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP. El instrumento utilizado para la recolección de datos fue el índice de Barthel. Este instrumento evalúa el grado de independencia/dependencia del sujeto para realizar diez actividades básicas de la vida diaria como comer, la higiene personal, el uso de inodoros, bañarse, vestirse y desvestirse, control de esfínteres, caminar, subir y bajar gradas. Al comparar el grado de dependencia/independencia identificados a partir de la aplicación del índice de Barthel en los ancianos participantes del Grupo Renacer, se constató que todos los hombres son independientes, las mujeres con 9,52 % son parcialmente dependientes; datos que nos permite inferir que el grado de independencia - la mayoría de la muestra - a pesar del bajo porcentaje de dependencia liviana, en algunas mujeres, pueden ser resultados de la práctica de actividades ofrecidas por el Grupo.

Descriptores: Envejecimiento saludable. Auto cuidado. Calidad de vida de los ancianos. Ejercicio físico.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição dos indivíduos segundo sexo e faixa etária, Ribeirão Preto, 2013.....	50
Tabela 2 - Distribuição dos indivíduos segundo sexo, intestino e faixa etária, Ribeirão Preto, 2013.....	52
Tabela 3 - Distribuição dos indivíduos segundo sexo, sistema urinário e faixa etária, Ribeirão Preto, 2013	53
Tabela 4 - Distribuição dos indivíduos segundo sexo, atividades no banho e faixa etária, Ribeirão Preto, 2013.....	55
Tabela 5 - Distribuição dos indivíduos segundo sexo, uso do toalete e faixa etária, Ribeirão Preto, 2013.....	57
Tabela 6 - Distribuição dos indivíduos segundo sexo, uso do toalete e faixa etária, Ribeirão Preto, 2013.....	58

LISTA DE SIGLAS

AF=Atividade Física

AAVD=Atividades Avançadas de Vida Diária

AIVD=Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVD=Atividade de Vida Diária

CIF=Classificação Internacional de Funcionalidade

CNES = Centro Nacional de Estatística para Saúde

CONIC = Congresso de Iniciação científica e Pesquisa da UNAERP

CRESS=Conselho Regional do Serviço Social

DANT=Doenças e Agravos Não Transmissíveis

DCNT=Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DCV=Doenças Cardiovasculares

DM=Diabetes *Mellitus*

HDL=*High Density Lipoprotein*

IBGE=Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IU = Incontinência Urinária

LDL=*Low Density Lipoprotein*

OMS=Organização Mundial de Saúde

OPAS=Organização Pan-Americana de Saúde

PAISM = Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAISH= Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

QV=Qualidade de vida

SIS=Síntese de Indicadores Sociais

SUS=Sistema Único de Saúde

TCLE= Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRH = Terapia de Reposição Hormonal

UNAERP = Universidade de Ribeirão Preto

VO₂=Volume de Oxigênio absorvido pelos tecidos corpóreos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 OBJETIVO GERAL.....	18
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
2 REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1 PROCESSOS DE ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO: ASPECTOS GERAIS E CONCEITOS.....	20
2.1.1 Senescência e Senilidade	22
2.1.2 Envelhecimento e Gênero	23
2.1.3 Luto, Perdas e Mortes	26
2.2 CONCEITOS DE SAÚDE DO IDOSO	27
2.3 CAPACIDADE FUNCIONAL E ENVELHECIMENTO	30
2.4 ENVELHECIMENTO E ATIVIDADE FÍSICA	32
2.4.1 Função Muscular.....	36
2.5 O GRUPO RENASCER.....	39
3 CASUÍSTICA E MÉTODO	42
3.1 NATUREZA DO ESTUDO	42
3.2 LOCAL DO ESTUDO	42
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	43
3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	45
3.4.1 Instrumento de coleta de dados	45
3.4.2 Procedimento de coleta de dados	46
3.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	47
3.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	47
3.7 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA.....	48
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
5 CONCLUSÃO	60
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICE 1	70
APÊNDICE 2	71
ANEXO A	73
ANEXO B	74

APRESENTAÇÃO

Essa história, assim como todas as outras, se conta através do tempo e de tempo é feita a vida. Há um tempo para nascer, um tempo para viver e um tempo para morrer.

E é de vida que se faz momentos nos quais são registradas trajetórias, com caminhos nem sempre floridos, mas, caminhos, que durante esse tempo foi crescendo, foram sendo construídos e está sendo construído, de vivências, experiências, de modelos e outras formas de informação que agregam a esse maravilhoso tempo, denominado dos “maduros”.

O despertar para uma nova fase da vida, tão enriquecedor, tão profundo, tão reflexivo, que busca o entendimento da necessidade de fortalecer essa maravilhosa forma de envelhecer.

Envelhecer é trazer consigo grandes transformações e, como tal, é preciso aprender a envelhecer, encarar desafios e mudanças, estar receptivo a essas mudanças, para acumular culturas. O importante não é acumular muitos anos de vida, mas adquirir sabedoria em todos os momentos que os anos nos oferecem.

É uma fase ambígua, do acúmulo de sabedoria e o carregar do fardo de declínios, condizente com o ciclo evolutivo do ser humano, transpondo-se a ponte entre o velho e o novo, o antigo e o moderno, sem que isso seja visto como uma gigantesca dificuldade.

O impacto causado pelas mudanças necessárias leva a um contexto sociocultural e ambiental, conduzindo naturalmente ao envelhecimento. Desmitificar o preconceito que envolve essa fase é uma missão que tem como foco quebrar barreiras sociais, culturais, física e levar à equidade.

Estes conhecimentos, esta experiência de vida, precisa ser valorizada. A velhice deve ser entendida como uma etapa da vida, da mesma forma que temos a infância, a adolescência e a maturidade. São fases, etapas da vida, nas quais acontecem modificações que afetam a relação do indivíduo com o meio, com o outro e com ele mesmo, dentro de um determinado ou, geralmente, indeterminado tempo. Existem múltiplas dimensões do tempo para todo ser humano e a relação de cada indivíduo com estas dimensões leva a histórias diferenciadas de vida.

Assim, o entendimento do envelhecer assume um significado diferente, pois fazem referência a um rejuvenescimento, que pode ser muito bem compreendido como uma renovação do próprio projeto de vida, dos ideais, das perspectivas e expectativas. É, na verdade, um rever de sonhos e objetivos, o assumir um compromisso consigo mesmo e com a vida, em busca da felicidade. Esses novos horizontes que se abrem promovem condições para que o idoso experimente maior liberdade interior e exterior, sinta e expresse a sua personalidade de forma mais autônoma e autêntica, tornando-se um evento encorajador da solidificação do pleno exercício da cidadania.

Assim, nesse caminho de mão dupla, solidifiquei minhas crenças de que a prevenção ainda é o melhor caminho a ser trilhado. E as minhas escolhas, feitas durante o transcorrer de minha carreira, me levaram a trabalhar com essa faixa etária, acreditando sempre que o homem deve ser protagonista de sua vida, que prescrever o que o outro tem que fazer, frustra o direito do outro atuar.

Pautada na minha vontade de ver demonstrada essa atuação do idoso, na sua busca por uma educação continuada, cheguei até aqui.

Por acreditar no envelhecimento numa perspectiva humanista, onde o homem é um ser em completa e contínua transformação, e que não há busca isolada, sozinho no mundo, somente em comunhão, propus devolver a autogovernância à pessoa que envelhece por meio do exercício físico e do contato, da escuta, da troca de vivências, justificando a minha escolha por trabalhar com idosos independentes.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil está envelhecendo. Essa é a grande conquista do século XX e o grande desafio do século XXI. A humanidade já vive atualmente o dobro do tempo vivido pelos seus ancestrais, e a ciência médica prevê que a espécie humana possa viver ainda mais, atingindo cem e até mesmo, os cento e vinte anos.

Pesquisadores da área referem que prolongar a vida humana no período em que o indivíduo está naturalmente mais frágil e vulnerável tem, como se sabe, implicações econômicas, sociais, psicológicas e, inclusive, éticas (JACOB FILHO, 2009). O impacto do envelhecimento populacional nas próximas décadas tem sido uma questão recorrente dos profissionais das áreas da saúde, econômica e de projetos de remodelamento de área urbana.

O século XXI traz consigo outro aspecto, nem sempre devidamente contemplado no contexto das nações emergentes, que se identifica como o rápido e expressivo envelhecimento da população. E esse novo componente demográfico levanta, de imediato, algumas questões fundamentais no sentido de se discernir entre o que há em comum e o que tem de original em nossa realidade brasileira, os fatores que determinam essa originalidade; os desafios são daí decorrentes, para que a longevidade, assim, não seja vista como peso e ameaça, mas como dom e riqueza para o verdadeiro progresso humano (MOZER, 2010).

O envelhecimento da população mundial é um fenômeno natural que assume elevadas proporções, anualmente. Nesse sentido, tratar de envelhecimento saudável, promover a saúde e bem estar da pessoa que envelhece deve ser a preocupação geral em todo mundo e, especificamente, no Brasil que, segundo o censo de 2010, a representatividade de idosos corresponde a 7,4% da população com mais 65 anos.

Ao mesmo tempo, o alargamento do topo da pirâmide etária pode ser observado pelo crescimento da participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passou para 5,9% em 2000 e chegará a 7,4%, em 2010 (POLIMENO; SANTANA, 2009).

O Brasil possui 190.755.799 habitantes, segundo dados estatísticos de Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), resultantes do Censo Demográfico 2010. Nesse sentido, a presença ou a ausência de doenças deixa de

ser um indicador importante de “envelhecimento saudável” e passa a ser a avaliação do grau de capacidade funcional mantido pelo indivíduo (POLIMENO; SANTANA, 2009), cerne da investigação do estudo que propomos realizar.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2007) define como incapacidade funcional a dificuldade – promovida por uma deficiência – para realizar atividades rotineiras e pessoalmente desejada pelo indivíduo.

De acordo com o relatório do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), a incapacidade funcional é avaliada, frequentemente, por meio da “declaração indicativa de dificuldade em atividades básicas da vida diária (AVD) (cuidado pessoal) e em atividades instrumentais da vida diária (AIVD) mais complexas, necessárias para viver de forma independente na comunidade”. Envelhecer bem é uma questão pragmática, de valores particulares, que permeiam o curso da vida, incluindo as condições próximas da morte. A implementação de programas que elevam o nível de qualidade de vida dos idosos pode prescindir, temporariamente, da definição uniforme desse fenômeno.

O objetivo de muitos idosos e profissionais tem sido a promoção de saúde e bem-estar nessa fase da vida, seja referindo-se ao envelhecimento saudável, produtivo, ativo ou ainda bem-sucedido.

Assim, supercontrolar as doenças crônicas para preservar a capacidade funcional e a autonomia física das pessoas idosas é o desafio do novo milênio. O sentido de prevenção que assumimos aqui é o que está expresso no Relatório Lalonde (1974): “Adicionar vida aos anos”.

Nessa direção, surge o Grupo Renascer, fundado no dia 05 de outubro de 1995, e atualmente, há quase duas décadas, tem atendido pessoas de ambos os sexos. Iniciou com mais de 120 componentes com participação esporádica e 70 participantes frequentes, componentes estes que ainda permanecem desde a fundação, que somando-se, nesse caso - 10 indivíduos-, e a grande maioria entre 10 a doze anos, frequentando o Grupo.

Os indivíduos atendidos no grupo pertencem à população de regiões circunvizinhas da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), representando a maioria dos idosos (residentes nos Bairros Iguatemi, Ribeirânia, City Ribeirão e Santa Cruz), bairros mais distantes incluindo o Castelo Branco, Vila Virgínia, Vila Abranches, Centro de Ribeirão Preto, Vila Tibério, São José, entre outros; e alguns de cidades vizinhas a Ribeirão Preto (Bonfim Paulista, Jardinópolis, Jurucê,

Cravinhos e Sertãozinho). A busca pela excelência pessoal é a forma encontrada para delinear as atividades multidisciplinares (ginástica, dança, hidroginástica, musculação, inglês e teatro), que praticam sendo atendidos pelos cursos de Psicologia, Nutrição, Enfermagem, Medicina, entre outros.

Estes trabalhos objetivam o ajustamento e maturidade individual, favorecem a relação positiva com outros, a autonomia, o propósito de vida e O auto-cuidado. Esses encontros mudaram o comportamento e fizeram das manhãs de cada pessoa um momento de auto-cuidado, por isso, o motivacional é minuciosamente considerado, determina a distribuição das atividades, pressupondo assim, que possam estar abertos a receber todas as informações e rede de serviços que a Universidade proporciona, inclusive, para entender o fenômeno do envelhecimento.

A qualidade de vida na terceira idade nos remete a realizar discussões, de ampla abrangência, dentro da temática capacidade funcional, que é o grande desafio do século XXI, visando tornar a atividade física uma prioridade no aumento do nível de saúde e reduzir os riscos de doenças crônico-degenerativas passando a ser ponto vital para essa população. Os dados alarmantes de sedentarismo nessa faixa etária justificam o estudo e a proposta das atividades que são trabalhadas com os idosos do Grupo Renascer.

Assim, espera-se que exercício físico colabore com a preservação da capacidade funcional ao longo dos anos e realizá-lo, de forma orientada e monitorada por profissionais responsáveis pelo cuidado ao idoso, em caráter multidisciplinar, corrobore, de forma ímpar, para essa condição.

O estudo presente, considerando as atividades propostas pela educadora física, na população de idosos do Grupo Renascer, tem os seguintes objetivos elencados a seguir.

1.1 OBJETIVO GERAL

Levantar as condições de vida de idosos praticantes de exercício físico do Grupo Renascer da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP).

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos são:

- Conhecer as doenças que acometem os idosos, segundo o índice de Barthel;
- Levantar hábitos de vida dos idosos, considerando as atividades rotineiras, de alimentação, banho, vestir-se, do sistema intestinal e urinário, uso do toalete, mobilidade e uso de escadas;
- Identificar procedimentos dos idosos, relacionados à manutenção da vida, da saúde e do bem estar (auto-cuidado).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 PROCESSOS DE ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO: ASPECTOS GERAIS E CONCEITOS

A esperança de vida ao nascer, no Brasil, cresceu três anos, no período entre 1999 e 2009, segundo aponta a Síntese de Indicadores Sociais, divulgada pelo IBGE (2010). De acordo com o mesmo estudo, em 1999, a esperança de vida do brasileiro era de 70 anos e, em 2010, passou para 73,1 anos.

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, com um impacto social relevante na economia dos países. De acordo com dados do IBGE (2010), no ano de 2030, o Brasil terá a sexta população mundial em número absoluto de idosos. O envelhecimento da população é considerado um fenômeno mundial, sendo possível observar uma transformação demográfica sem precedentes na história da humanidade (MESQUITA; PORTELLA, 2004).

O envelhecimento é um fenômeno biológico, psicológico e social que atinge o ser humano na plenitude de sua existência, modificando sua relação com o tempo, seu relacionamento com o mundo e com sua própria história (MESQUITA; PORTELLA, 2004).

As doenças ligadas ao processo do envelhecimento levam a um significativo aumento dos custos assistenciais de saúde, além de importante repercussão, comprovada por meio do resultado preliminar do censo 2010, onde aponta que o Brasil é um país que caminha rapidamente para o envelhecimento populacional, e a população com 65 anos ou mais aumenta sua participação na pirâmide etária. Em relação a 2000, diminuiu a representatividade dos grupos etários para todas as faixas com idade até 25 anos, ao passo que os demais grupos etários aumentaram suas participações na última década (IBGE, 2010).

Do ponto de vista fisiológico, o envelhecimento é caracterizado por uma limitação da capacidade de cada sistema em manter o equilíbrio do organismo. O declínio fisiológico tem início após a terceira década de vida, sofrendo influência dos fatores genéticos, do meio ambiente e dos fatores de risco. Isto significa que podemos modificar, até certo ponto, as características do envelhecimento, agindo sobre esses fatores (FREITAS, 2006).

A atuação sobre a genética tem sido alvo de inúmeras investigações, permitindo, atualmente, a prevenção nesse nível. Para Zimmerman (2000) envelhecer

pressupõe alterações não apenas físico-biológicas, mas também psicológicas e sociais em cada indivíduo, particularmente. Essas alterações são naturais e gradativas e avançam, segundo a genética e modo de vida de cada um, precocemente ou não. Cabe enfatizar que a definição de pessoa idosa, pelo marco legal da Política Nacional do Idoso e pelo Estatuto do idoso, define-se como “todos os que compõem a população de 60 anos ou mais” (CAMARANO, 2004).

De acordo com Carvalho Filho e Alencar (1994), o envelhecimento pode ser conceituado como um processo dinâmico e progressivo, onde há modificações tanto morfológicas como funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte.

Segundo Jacob Filho (2009), em síntese, o envelhecimento pode ser entendido como um processo de redução da reserva funcional, sem comprometer, na quase totalidade dos mecanismos, a função necessária para as atividades do cotidiano. A existência de uma limitação funcional evidente, mesmo em um nonagenário, deve ser entendida, portanto, como o efeito de um processo fisiopatológico (senilidade ou envelhecimento secundário), portanto, de uma doença mais do que uma evolução atribuível ao processo natural de envelhecimento (senescência ou envelhecimento primário).

Para a Organização Pan-americana de Saúde – OPAS (1993, p. 6) envelhecer

[...] é um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte.

Considerando o envelhecimento como um processo multidimensional e singular, Spirduso, Andreotti e Okuma (1995) identificam cinco categorias hierárquicas que detectam os diferentes níveis de capacidade funcional em idosos: a) fisicamente dependentes: pessoas que não podem executar atividades básicas da vida diária (como vestir-se, tomar banho e comer) e que dependem de outros para suprir as necessidades diárias; b) fisicamente frágeis: indivíduos que conseguem executar atividades básicas da vida diária, mas não todas as atividades instrumentais da vida diária; c) fisicamente independentes: podem realizar todas as

atividades básicas e instrumentais da vida diária, mas são geralmente sedentários; d) fisicamente ativos: realizam exercícios regularmente e aparentam ser mais jovens que sua idade cronológica; e) atletas: correspondem à pequena porcentagem da população, pessoas engajadas em atividades.

Ao abordar experiências de envelhecimento saudável bem sucedido para a desconstrução da visão da velhice enquanto problema social, explica-se que a doença precisa ser tratada e desmistifica-se o estereótipo do velho como ser dependente e improdutivo, apontando que quanto maior o número de idosos, maior será o número de recursos do setor de saúde para classificar e adequar ferramentas no processo terapêutico que os envolva e, também, para propor programas de apoio ao idoso que se fazem necessários para que o envelhecimento não esteja atrelado ao negativo e ao ônus, o que vem tornando esta fase, naturalmente, em um fardo. O processo de envelhecimento é um dos responsáveis pelos declínios ou alterações fisiológicas, que contribuem para redução da capacidade funcional e da independência, impedindo ou dificultando a realização das atividades da vida diária (GOLDMAN; PACHECO; SÁ, 2005).

Com a compreensão do envelhecimento de sua população, os países começam a discutir caminhos para manter seus cidadãos idosos, social e economicamente integrados, além de independentes (KALACHE, 2008).

2.1.1 Senescência e Senilidade

A velhice é um período de declínio caracterizado por dois aspectos: a senescência e a senilidade.

A senescência é uma fase normal da vida de um indivíduo sadio, geralmente inicia-se depois dos 65 anos e não é manifestação doentia; na senescência não ocorrem distúrbios de condutas, amnésias, perda do controle de si mesmo; em síntese, é o velho sadio (ANDREA, 2010).

A senilidade é o envelhecimento de forma anormal ou patológica, e ocorre quando o indivíduo sofre o efeito negativo das doenças que se manifestam, principalmente, como uma incapacidade progressiva para a vida ativa (ANDREA, 2010).

Diferentes teorias são propostas para explicar o fenômeno do envelhecimento, porém as mais importantes compreendem a teoria dos radicais

livres e da senescência celular com redução das células tronco residentes nos diferentes tecidos do organismo humano (PÉREZ; SIERRA, 2009).

O envelhecer normal está ligado à capacidade de adaptação dos indivíduos aos rigores e agressões do meio ambiente. Assim, cada sujeito envelhece a seu modo, dependendo de variáveis como o sexo, origem, lugar em que vive, tamanho da família, aptidões para a vida e as experiências vivenciadas (CIOSAK et al., 2011).

Ainda, segundo os mesmos autores, “a senescência e a senilidade” são temas cada vez mais explorados, considerando o crescente aumento da população idosa no mundo, principalmente no Brasil. A assistência ao idoso deve prezar pela manutenção da qualidade de vida, considerando o processo de perdas próprias do envelhecimento e as possibilidades de prevenção, manutenção e reabilitação do seu estado de saúde.

2.1.2 Envelhecimento e Gênero

A perspectiva de gênero oferece amplas possibilidades de enriquecimento da reflexão teórica na saúde coletiva, podendo-se somar a outros esforços intelectuais e políticos para compreensão da saúde e seus determinantes na luta contra as desigualdades e pela justiça social.

A estratégia na promoção de saúde é a forma eficaz para se garantir empoderamento, dignidade, cidadania plena, melhores condições sociais, além de promover equidade no gênero (LIMA; BUENO, 2009).

Na perspectiva de gênero, a trajetória de vida de homens e mulheres, como construção social e cultural, vem determinando diferentes representações e atitudes em relação à condição de velho(a). Dessa forma, gênero e idade/geração são dimensões fundantes de análise da vida social. Expressam relações básicas, por onde se (entre) tecem subjetividades, identidades e se traçam trajetórias. Propõe uma análise da condição social atual de velho, não há como fazê-la sem esse conhecimento sobre os diferenciais de gênero e de classe social que a constituiriam internamente e lhe dariam específicos sentidos (MOTTA, 1999).

Para definir o papel social do idoso, a expressão contemporânea usada é “terceira idade”, uma nova construção social referida entre a vida adulta e a velhice. Esta terminologia é usada para designar um envelhecimento ativo e independente (JARDIM; MEDEIROS BRITO, 2006).

De acordo com os mesmos autores, os idosos brasileiros estão constituindo seus espaços de sociabilização e inclusão social, e se percebe um crescimento dos movimentos de aposentados e de terceira idade. O primeiro é um movimento mais político, congregado mais por homens; e o segundo mais social, constituído mais por mulheres.

Em 2000, para cada 100 mulheres idosas havia 81 homens idosos. Em 2050, essa relação será de 100 idosas para 76 idosos, e ainda entre os que têm 80 anos ou mais, para cada 100 mulheres o número de homens deverá cair de 71 para 61. Haveria, portanto, em meados deste século, quase duas mulheres para cada homem entre os idosos (CARVALHO; WONG, 2008).

Dados do Censo Demográfico (2010), divulgados no final de setembro de 2012, pelo IBGE, indicam que a pirâmide etária brasileira se alterou profundamente na última década. Outra pesquisa publicada pelo IBGE, em setembro, foi a Síntese de Indicadores Sociais (SIS) que analisa as condições de vida no país, com base em diversos estudos – e mostra que a expectativa de vida aumentou cerca de três anos, entre 1999 e 2009. Assim, o brasileiro vive, em média, 73,1 anos. As menores taxas de mortalidade são registradas entre as mulheres, que somam 55,8% das pessoas com mais de 60 anos no país. No período avaliado, a expectativa de vida feminina passou de 73,9 anos para 77 anos. Entre os homens, a elevação foi de 66,3 anos para 69,4 anos.

O Brasil só terá vida média superior a 81 anos por volta de 2040, entretanto, a esperança de vida ultrapassa a média mundial. O formato tipicamente triangular da pirâmide populacional, com base alargada, está cedendo lugar no Brasil a uma pirâmide característica de uma sociedade em acelerado processo de envelhecimento (IBGE, 2010).

Nasce mais homens que mulheres e apenas até os 9 anos de idade se mantém, a partir daí, começa a haver excedentes de mulheres, devido às diferenças na taxa de mortalidade entre os gêneros (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2011).

Descobrir as diferenças é importante para se pensar em políticas apropriadas que contemplem as diversidades de gênero, planejando estratégias que garantam o bem estar de ambos. Como as necessidades são diferentes, as propostas também devem ser distintas, segundo Paschoal (2006), pois o chamado grupo de terceira

idade, muitas vezes, tem a absoluta maioria feminina, não se explica apenas, pela longevidade, pois muitas das atividades oferecidas não interessam aos homens.

Ravagni (2006) mostra a importância do lazer como elemento para o bom envelhecer, a partir da conceituação até o seu significado na velhice. A autora analisa como o lazer e o preenchimento das horas livres são feitos pelos idosos e como esta escolha sofreu modificações nos últimos anos, consequência direta das transformações sociais ocorridas neste período pós-moderno em que vivemos.

Na situação de gênero, as mulheres, teriam um consumo maior do que os homens de produtos farmacêuticos; queixam-se mais que os homens, mantêm mais relação sensível com o corpo e vão mais ao médico (BOLTANSKI, 1979).

As mulheres sobrevivem mais que os homens em todos os países. Nos anos recentes tem ampliado a diferença entre os sexos, no ciclo da vida, para algo entre 5 a 9 anos. Assim, uma grande fração de indivíduos velhos, e uma fração até maior de indivíduos muito e extremamente velhos, são mulheres (PORTO, 2008 apud SEELY, 1990).

Os temas sexo e herança genética estão intimamente entrelaçados, porém, também existem diferenças no estilo de vida, socialmente determinadas, que contribuem para diferenças no ritmo do envelhecimento entre homens e mulheres (SHEPHARD, 2003).

Entre os motivos que levam os homens e as mulheres a envelhecerem de forma diferente incluem o mecanismo neuroendócrino - hipotálamo hipofisário que atua nas glândulas gonadais e no restante do organismo, de forma distinta, pois o sítio final de ação discerne entre testosterona (homens) e progesterona – estrógeno (mulheres), além de outros fatores que compreendem os sociais, culturais e biológicos (FREITAS; SOUZA, 2009).

Também a diferença de atenção dada à saúde da mulher e a do homem pode ser claramente verificada quando se comparam políticas públicas específicas; enquanto o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi implantado em 1984, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi lançada em 2009 (LIMA, 2011).

Os sujeitos resultam de experiências pessoais em diferentes eventos e processos constantes de mudança. O processo de envelhecimento também engloba essas características e ocorre de maneira individual e específica, em cada pessoa (VIEIRA, 2005).

As mudanças sociais, o declínio da capacidade funcional e a obtenção de informação estão influenciando o modo de viver da população idosa, e têm sido entendidos como os recursos sociais que as pessoas necessitam para não se exporem aos agravos, destacando-se a organização dos serviços de saúde que devem priorizar a integralidade, equidade, humanização e controle social (PAZ; SANTOS; EDIT, 2006).

A perspectiva de gênero oferece amplas possibilidades de enriquecimento da reflexão teórica na saúde coletiva, podendo-se somar a outros esforços intelectuais e políticos para compreensão da saúde e seus determinantes na luta contra as desigualdades e pela justiça social (AQUINO, 2006).

Compartilhamos com Gomes e Rozemberg (2000) quando assinalam que a velhice é um período demasiadamente complexo, e percorrem-se as trilhas da interdisciplinaridade na tentativa de se compreender um pouco mais esta etapa cada vez mais longa da vida.

2.1.3 Luto, Perdas e Mortes

A viuvez é um fato comum em nossa sociedade, caracterizado pela perda do companheiro de vida. A situação de viuvez é uma situação especial, não planejada, que provoca modificações na vida das pessoas. Representa, por sua vez, uma inesperada quebra do equilíbrio, real ou suposto, das relações familiares, sociais, econômicas, culturais, a qual faz com que o indivíduo em caráter de urgência, estabeleça novos arranjos em grupo (MOTTA, 2004).

A diferença individual determina como cada ser humano envelhecerá. Nessa direção, a compreensão de pensar a morte, não numa visão pessimista, mas num anseio de uma senescência bem sucedida, precisa ser considerada (SILVA, 2012).

Mesmo quando uma pessoa cultiva valores espirituais, conceitos de imortalidade da alma, não afasta o medo da morte. Vivemos a dualidade de vida-morte, o homem sempre buscou a imortalidade, tendo como representante os seus heróis, sempre imortais, vivendo assim, negando a mortalidade. O homem é o único animal que sabe que morrerá e, no entanto, vive como se nunca o fosse e essa capacidade antecipatória do indivíduo, decorrente da impossibilidade de superação do fenômeno inevitável, permite a ideia da negação e fuga da morte (SILVA, 2012).

O fator cultural e civilizatório atribui à morte significados diversos e permitiu criar sobre ela um universo imaginário e simbólico. Cada pessoa, de maneira bastante particular interpreta o que seria a morte de seu modo. Como o velamento a transforma em um mistério, as mais diversas opiniões constroem significados insuportáveis de conceber como verdade (ARIÉS, 2003).

A presença do luto na vida do ser humano é uma coisa inevitável. Torna-se necessário, porém aceitar a morte do companheiro, ainda que a saudade se torne uma constante, uma vez que permanecem as memórias inesquecíveis que ajudam a refazer, a cada dia a vida de cada um, ainda é complexo a cada ser humano. “Esse é o processo da evolução humana e também da natureza” (DORNELLES, 2003, p. 410). Viver, aliás, consiste em lidar com perdas e ganhos, respirar fundo e buscar o equilíbrio.

Para Barreto (2006), as perdas que o idoso vai experimentando, nos níveis pessoal e social, criam situações de luto cuja resolução pronta nem sempre é fácil, sobretudo, se certos fatores negativos se fazem sentir. Entre eles, têm sido assinalados a falta de apoio familiar, a situação de ter a seu cargo outro dependente, a carência de recursos materiais e o isolamento social, e essas situações pode ser trabalhada nos momentos de atividades no Grupo Renascer, pois compartilham experiências comuns, porém valorizando sentimentos particulares.

2.2 CONCEITOS DE SAÚDE DO IDOSO

A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96). A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1994).

A definição de saúde possui implicações legais, sociais e econômicas dos estados de saúde e doença. Indubitavelmente, a definição mais difundida é a descrita na Constituição da Organização Mundial da Saúde (2007): “saúde é um

estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças”. A maioria das evidências mostra que o melhor modo de aperfeiçoar e promover a saúde no idoso é prevenir seus problemas médicos mais frequentes.

As doenças ligadas ao processo do envelhecimento levam a um significativo aumento dos custos assistenciais de saúde, além de importante repercussão social com grande impacto na economia dos países. A maioria das evidências mostra que o melhor modo de otimizar e promover a saúde no idoso é prevenir seus problemas médicos mais frequentes (NÓBREGA, 2002).

Estas intervenções devem ser direcionadas, em especial, na prevenção das Doenças Cardiovasculares (DCV), consideradas a principal causa de morte nesta faixa etária. Por outro lado, o sedentarismo, a incapacidade e a dependência são as maiores adversidades da saúde associadas ao envelhecimento. As principais causas de incapacidade são as doenças crônicas, incluindo as sequelas dos acidentes vasculares encefálicos, as fraturas, as doenças reumáticas e as DCV, entre outras (NÓBREGA, 2002).

Segundo Malagutti e Bergo (2010), o envelhecimento populacional favoreceu o processo de transição epidemiológica, caracterizado pela diminuição da incidência das doenças infecto-parasitárias e pelo aumento das doenças crônico degenerativas. Entretanto, no Brasil, pode ser evidenciada uma sobreposição das duas categorias de enfermidades, mostrando o surgimento de uma nova demanda nas instituições de saúde em busca de prevenção e tratamento.

Na medida em que o processo de envelhecimento da nossa população avançar, especialmente, via redução da mortalidade precoce, deverá aumentar a prevalência das DCNT e sua repercussão na seguridade social. Os programas de prevenção de DCNT e de promoção da saúde deveriam contar com estudos relacionando as consequências de longo prazo, para medir sua efetividade e orientar medidas reguladoras do impacto no sistema de seguridade social (ACHUTTI; AZAMBUJA, 2004).

Na contemporaneidade, a compreensão e a ressignificação da velhice não se restringe às fases, etapas ou estágios. Desenvolvimento humano significa universalidade e continuidade. Essa noção de totalidade deve ter também uma direção convergente, atribuindo ao “envelhecete” à responsabilidade de entender e administrar seu próprio envelhecimento. Entretanto, demandas socioculturais, como os estereótipos, os preconceitos e as crenças sobre a velhice, encerram riscos e

ameaças à adaptação do idoso, exigindo dele grande capacidade de resiliência. A gerontologia vem demonstrando que o envelhecimento é um processo multidisciplinar e multidimensional, no qual ocorre o aumento, a diminuição e a manutenção da capacidade adaptativa. Percebe-se que a sociedade e as instituições terão de se preparar para um Brasil mais velho (NERI, 2001).

Segundo Dias (2011), o envelhecimento envolve avanços que podem ser otimizados se os indivíduos, a universidade e a sociedade forem capazes de oferecer disponibilidade para investir mais recursos na geração de uma cultura e ideologia positivas sobre a velhice.

A OMS argumenta que os países podem custear o envelhecimento se os governos e a sociedade civil programarem políticas e programas de Envelhecimento Ativo, que melhorem a saúde, a participação e a segurança das pessoas mais velhas. Define-se envelhecimento ativo, como um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas, permitindo que o indivíduo consiga manter uma relação funcional, mental e social gratificante com o meio ambiente (DIAS, 2011).

Ramos (2003) enfatiza que o envelhecimento bem-sucedido aproxima-se de um princípio organizacional para alcance de metas, que ultrapassa a objetividade da saúde física, expandindo num contínuo multidimensional. A ênfase recai sobre a percepção pessoal das possibilidades de adaptação às mudanças advindas do envelhecimento e condições associadas.

Para tanto, o envelhecimento saudável sugere uma capacidade funcional que é a interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência financeira. A capacidade funcional surge, portanto, como um novo paradigma de saúde, particularmente, relevante para o idoso (RAMOS, 2003).

Assim, este crescimento populacional demanda novas estratégias que possam fazer frente ao aumento exponencial do número de idosos potencialmente dependentes, capazes de consumir uma parcela desproporcional de recursos do setor de saúde (VERAS, 2001).

Com certeza, falar em qualidade de vida na velhice compreende aspectos como independência, autonomia, continuidade de papéis sociais, apoio formal e informal, segurança ambiental e saúde (REBELATTO; MORELLI, 2004).

2.3 CAPACIDADE FUNCIONAL E ENVELHECIMENTO

Segundo a Classificação Internacional de Funcionalidades (CIF), uma doença/desordem pode gerar um *déficit* em um ou mais sistemas específicos do organismo que, por sua vez, pode levar a limitações no desempenho de determinadas funções. As limitações apresentadas pelos indivíduos juntamente com sua competência em supri-las e a continência contextual que os cerca representam os fatores determinantes do grau de incapacidade (TORRES, 2010).

O Centro Nacional de Estatística para a Saúde (1996) estima que cerca de 80% das pessoas com idade igual ou superior a 65 anos sejam dependentes para realizar as suas atividades cotidianas, constituindo-se no maior risco de institucionalização. Estima-se que em 2020 ocorrerá um aumento de 84% a 167% no número de idosos com moderada ou grave incapacidade (NOBREGA, 1999). Contudo, a implantação de estratégias de prevenção, como a prática da atividade física (AF) regular e de programas de reabilitação poderá promover a melhora funcional e minimizar ou prevenir o aparecimento dessa incapacidade.

De acordo com a OMS, 42% dos idosos possuem alguma limitação funcional e 10%, além de limitação, encontra-se em asilos ou abrigos para idosos. Assim, alterações positivas nos níveis de resistência de força em idosos poderão reduzir tais limitações, contribuindo, desta forma, para a melhoria da qualidade de vida do idoso (SIMÃO, 2004).

A capacidade funcional ao longo da vida vai reduzindo, na terceira idade é importante manter independência para prevenir incapacidades, e com isso garantir qualidade de vida. A capacidade funcional traduz-se pela capacidade de realizar, de maneira independente, as atividades da vida diária (AVD). A impossibilidade de fazê-lo sem auxílio constitui a dependência funcional (TORRES, 2010).

O desafio do século é a prevenção, e supercontrolar as doenças crônicas com a participação do idoso na busca de exercícios que promovam a manutenção e/ou melhora de sua capacidade funcional é o futuro da longevidade.

O indicador mais importante não é mais a presença ou não de doença, mas o grau de capacidade funcional do indivíduo. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. Incentivar campanhas que priorizam as mudanças no estilo de vida é atitude acertada para gerar melhor qualidade à população e,

sobretudo, para o fortalecimento da relação saúde-doença, intermediada pelo exercício físico.

A força é um fator importante para a manutenção das capacidades funcionais dos idosos. A diminuição da força pode avançar até que uma pessoa idosa não tenha mais condições de realizar as atividades mais comuns do dia a dia, tais como tarefas domésticas, subir escadas, levantar de uma cadeira, abrir um frasco ou carregar as compras no supermercado (PORTO, 2008).

Ferreira (2007) reforça que o envelhecimento biológico é caracterizado por mudanças físicas no decorrer do tempo: a diminuição da energia livre disponível no organismo, perdas celulares, diminuição gradual da capacidade de adaptação ao meio ambiente causando enfermidades, perda gradual das propriedades elásticas dos tecidos conjuntivos, aumento da quantidade de gordura corporal, diminuição de consumo de oxigênio, diminuição da força muscular e hormonal perda óssea, deficiência auditiva e visual, entre outras.

Estas alterações podem começar a ocorrer a partir dos trinta anos. A atividade física, por meio de estímulos neuromusculares, pode prestar grande serviço no sentido de amenizar essas modificações, por isso, todo tipo de atividade deve ser estimulada, sejam físicas, sensoriais, criativas, visando assim um melhor desempenho nas atividades cotidianas.

O envelhecimento ativo e saudável, para Ramos (2003), é o grande objetivo nesse processo. Se considerarmos saúde de forma ampliada torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa.

A conservação da autonomia e da capacidade de auto-governância são condições fundamentais para preservar a capacidade funcional, dando a esses idosos as condições de gerir sua própria vida e capaz de ser considerada uma pessoa saudável, pouco importando ser hipertenso, diabético, cardíaco ou que toma remédio para a depressão, uma combinação bastante frequente na terceira idade (RAMOS, 2003).

O indivíduo que traz suas doenças controladas, resultante de um tratamento bem sucedido, mantém sua autonomia, é feliz e integrado socialmente e para todos os efeitos uma pessoa saudável (RAMOS, 2003).

Para Guedes (2007), o envelhecimento satisfatório não é apenas uma resposta isolada dos hábitos de vida, mas sim um resultado da interação dos

indivíduos vivendo numa sociedade em transformação. Para obter um envelhecimento saudável, segundo o mesmo autor, devemos administrar as dificuldades, identificarem-se na vida profissional, exercitar a memória, convívio familiar saudável, bons hábitos, estilo de vida prazeroso, atitude positiva diante da vida e melhoria da autoestima.

No modelo atual de envelhecimento, as limitações funcionais têm prevalência exponencialmente crescente, principalmente entre os muito idosos (80 anos). No enfoque específico do idoso, os principais determinantes de saúde são muito mais vinculados à sua funcionalidade do que à sua condição patológica ou longevidade (JACOB FILHO, 2006).

Desta forma, o conceito de fragilidade representa uma abordagem baseada numa ideia integradora de saúde, e não estritamente baseada na doença; com uma compreensão da heterogeneidade de vulnerabilidade na população idosa, com ênfase na avaliação da capacidade funcional, na área de atividades de vida diária, o que permitirá novas oportunidades de providenciar intervenções de promoção de saúde e melhorar os cuidados a este grupo populacional. Um dos elementos que determinam a expectativa de vida ativa ou saudável é a independência para realização de AVD (BRASIL, 2006). Com certeza, na velhice, a capacidade de realizar AVD pode sofrer alterações.

De acordo com Matsudo (2001) e Okuma (2002), a capacidade funcional é considerada requisito primordial para a habilidade do idoso no sentido de viver em condições de independência podendo, desta forma, realizar tarefas simples e complexas do cotidiano sem necessitar a ajuda de alguém.

2.4 ENVELHECIMENTO E ATIVIDADE FÍSICA

Há muito pouco tempo seria indispensável unir saúde e envelhecimento. Mais que isso, seria considerado absurdo atribuir à atividade física o papel principal de uma estratégia de promoção de saúde (JACOB FILHO, 2006). A prática da atividade física é recomendada para manter e/ou melhorar a densidade mineral óssea e prevenir a perda de massa óssea. A atividade física regular exerce um efeito positivo na preservação da massa óssea, entretanto, ela não deve ser considerada como um substituto da terapia de reposição hormonal. A associação entre tratamento

medicamentoso e atividade física é uma excelente maneira de se prevenir fraturas (FARINATTI, 2008).

A principal característica do envelhecimento é o declínio, geralmente físico, e a crença sobre a importância desse fator se acha expresso na ênfase que atualmente tem sido dada para a ação benéfica potencial dos exercícios para melhorar estilo de vida e no auto cuidado (PAPALEO NETTO; BRITO, 2011).

A atividade física regular pode contribuir para a reversão das perdas cardiorrespiratórias associadas ao envelhecimento. Os benefícios da atividade física para a saúde e longevidade são intuitivamente conhecidos desde o princípio dos tempos, existindo benefícios bem demonstrados sobre vários parâmetros que afetam a saúde e a longevidade.

Para o Cress (1995), a prática de atividade física regular e sistemática, ou seja, o exercício físico, aumenta ou mantém a aptidão física das pessoas idosas, com o potencial de aumentar o seu bem-estar funcional e, conseqüentemente, diminuir a taxa de morbidade e mortalidade entre essa população, referentes às doenças coronarianas, a hipertensão, o diabetes insulino não dependente e a hiperlipidemia. Essas poderão ter seus efeitos controlados pela prática de exercícios físicos, além de se prevenir ou retardar essas doenças, aumentando, assim, a expectativa de vida para essa população.

Dentre os benefícios da atividade física, Matsudo (2002) cita os que seriam os mais importantes incluindo a melhora da sensibilidade à insulina, levando a um melhor controle glicêmico, que pode prevenir o desenvolvimento de diabetes, aumento da fração *High density protein* - HDL, diminuição da *Light density Protein* LDL e redução significativa das triglicérides. Com o envelhecimento ocorre um aumento de percentual da gordura corporal e diminuição da massa muscular, porém a atividade física reduz essas modificações. Em linhas gerais, recomenda-se que a atividade física deve abranger grandes massas musculares, exercitadas de forma cíclica e contínua, mantendo-se uma predominância do sistema energético aeróbio (FARINATTI; MONTEIRO, 2008).

O exercício físico tem sido considerada um meio de preservar e melhorar a saúde. O sedentarismo e estilos de vida que incorporam pouca atividade física têm sido observados, gerando preocupação por parte dos órgãos de saúde pública, no Brasil (BRASIL, 2006).

O exercício físico tem se mostrado benéfica na redução de diversos fatores de risco propiciando, por exemplo, melhora no metabolismo das gorduras e carboidratos, controle de peso corporal e, muitas vezes, controle da hipertensão estando, ainda, associada à prevenção de enfermidades como diabetes *mellitus* e doenças cardiovasculares (BRASIL, 2006).

No entanto, independente dessas condições patológicas, consideramos que o incremento da atividade física é fundamental no controle do peso e da gordura corporal durante o processo de envelhecimento, podendo também contribuir na prevenção e no controle de algumas condições clínicas, associadas a esses fatores, como doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão, acidente vascular cerebral, artrite, apneia do sono, prejuízo da mobilidade e aumento da mortalidade (MATSUDO, 2002).

Goldstein, Whitlock e Depue (2004) mostraram que em idosos que praticam atividade física, ocasionalmente, o risco de alguma doença ou complicação é 28% menor que em idosos inativos, e para aqueles que se exercitam pelo menos uma vez por semana, estes riscos são 40% inferiores. Esta menor incidência de doenças é provavelmente o fato mais relevante para uma boa avaliação de saúde. Idosos que se ocupam de alguma forma de exercício aeróbio estão mais aptos a se lembrar de tarefas como listas de compras, aniversários e nomes de amigos da família.

Dentre os hábitos a serem adquiridos, a participação em programas de exercício físico regular desempenha importante papel. Já está estabelecido que a maior parte dos efeitos negativos atribuídos ao envelhecimento deve-se na verdade, ao sedentarismo, que leva ao desuso das funções fisiológicas por imobilidade e má adaptação, e não só pelo envelhecimento e as doenças crônicas prevalentes neste grupo etário (OLIVEIRA et al., 2010).

A Organização Mundial da Saúde (1999) sustenta que os países poderão lidar bem com o envelhecimento, desde que seus governantes e a sociedade, como um todo, envidem esforços por políticas e programas que melhorem a saúde, a participação social e a seguridade dos cidadãos em todas as fases da vida, especialmente nos países em vias de desenvolvimento, onde ajudar as pessoas a seguirem sãs e ativas enquanto envelhecem é mais que um luxo, é uma absoluta necessidade.

O exercício físico é sabidamente, um fator de proteção contra a progressão da sarcopenia ou sedentarismo, um dos seus principais promotores. Vários estudos

em relação aos programas de atividades físicas, cuidadosamente elaboradas, constataram a melhora global da condição funcional, incluindo a captação periférica de oxigênio, sem que haja obrigatoriamente alteração do desempenho cardíaco, isso atesta que os benefícios da atividade física são sistêmicos e incluem vários mecanismos de ação (POLLOCK et al., 2000).

Para Kopiler (1997) também há efeitos positivos psicológicos, como o aumento da autoestima e da confiança, o que permite maior integração desse grupo na sociedade.

Ainda para Kopiler (1997), o exercício físico provoca uma série de respostas fisiológicas, resultantes de adaptações autonômicas e hemodinâmicas que vão influenciar o sistema cardiovascular. Diversos estudos demonstraram o seu efeito benéfico sobre a pressão arterial, e a hipertensão arterial sistêmica é uma entidade de alta prevalência e elevada morbimortalidade na população, contexto em que o exercício físico tem importante papel como elemento não medicamentoso para o seu controle ou como adjuvante ao tratamento farmacológico.

As possibilidades surgem não da eliminação de outras possibilidades, mas da persistência em manter a mente aberta. Portanto, a importância do exercício físico para a saúde das pessoas na terceira idade é reconhecidamente de grande magnitude. A adoção de um estilo de vida não sedentário, calcado na prática regular de atividade física, encerra a possibilidade de reduzir diretamente o risco de desenvolvimento da maior parte das doenças crônico-degenerativo, além de servir como elemento promotor de mudanças com relação a fatores de risco para numerosas outras doenças (KURA et al., 2004).

Acredita-se que o exercício físico atua como forma de prevenção e reabilitação da saúde do idoso. O nível de aptidão pode ser melhorado, mantido, ou pelo menos, sua taxa de declínio pode ser minimizada se for realizado algum tipo de exercício físico controlado. Dessa forma, a inclusão num programa de exercícios físicos regular pode ser efetiva na prevenção, ou mesmo, para a redução das perdas funcionais associadas ao envelhecimento (KURA et al., 2004).

A promoção de saúde e a profilaxia primária e secundária de doenças são medidas que apresentam bom custo-benefício para que se alcance a compressão da morbidade (OMENN, 1992). Dentre as intervenções destaca-se o papel do exercício físico. Diversas revisões e estudos atribuem à prática regular de atividade física - mesmo que iniciada após os 65 anos -, maior longevidade, redução das taxas

gerais de mortalidade, melhora da capacidade fisiológica, redução do número de medicamentos prescritos, prevenção do declínio cognitivo, manutenção de *status* funcional mais elevado, redução da frequência de quedas e incidência de fraturas e benefícios psicológicos, como melhora da autoestima (BUCHNER; ELWARD; LARSSON, 1992).

O exercício físico é um dos meios mais baratos e mais saudáveis que podem melhorar a nossa saúde. Para o idoso, a atividade física é de fundamental importância, pois o processo de envelhecimento beneficia as perdas, principalmente, nos aspectos cognitivos e físicos, assim a atividade física torna-se um fator que pode ajudar a amenizar estas perdas (RABACOW et al., 2006).

2.4.1 Função Muscular

Estudos demonstram que os músculos dos indivíduos idosos mantêm a capacidade de se adaptar às demandas do exercício físico, embora esteja evidente a capacidade de hipertrofia do músculo em decorrência do treinamento, esse aumento é relativamente pequeno quando comparado com os aumentos observados na força muscular.

A independência funcional, que se refere à capacidade do indivíduo de realizar capacidade motora com os próprios meios, e que segundo Pereira (1999), depende, em grande parte, da força muscular, representa a autonomia na realização das atividades cotidianas. A eficácia nas atividades ocupacionais e cognitivas está entre os vários elementos apontados como determinantes ou indicadores de qualidade de vida na terceira idade (NERI, 1993).

É importante ressaltar que o envelhecimento progride a uma velocidade diferente em indivíduos distintos e que há uma grande variabilidade de indivíduo para indivíduo no grau de perda funcional com a idade (KAUFFMAN, 2001). Tanto a força muscular quanto a resistência e a potência sofrem significativa redução com o avançar da idade e que este prejuízo da função muscular pode ser considerado um dos principais fatores na interferência da qualidade de vida dos idosos (KAUFFMAN, 2001).

A perda da funcionalidade pela diminuição da força muscular leva a uma redução importante de suas atividades, gerando um quadro de dependência e com graves acometimentos psicológicos e emocionais. O prejuízo causado pela limitação

das atividades gera um quadro depressivo por parte dos idosos e, em consequência, aparecem às quedas que podem ser evitadas com uma simples inclusão em programa de exercícios físicos, que por si só minimizando as limitações funcionais (ALMEIDA, 2006).

A perda de massa muscular que ocorre com o envelhecimento está associada à redução na força e potência muscular entre os 50 e 70 anos de idade, devido, principalmente, à perda de fibra muscular e à atrofia seletiva das fibras do tipo II. A perda de força muscular é ainda maior depois dos 70 anos; 28% dos homens com 74 anos não conseguem levantar sobre suas cabeças objetos com peso maior que 25 quilos. Com o aumento da idade, há uma redução progressiva na potência muscular, na velocidade da geração de força e na resistência à fadiga, que acabam diminuindo a capacidade de persistir em uma tarefa (ALMEIDA, 2006).

Para Hunter e colaboradores (2004), o decréscimo da função muscular, com a consequente diminuição da funcionalidade, pode tornar-se um ciclo vicioso, visto que a diminuição da função muscular induz a uma baixa no nível de atividade física que, por sua vez, causa um decréscimo ainda maior na função muscular.

A capacidade de realizar diferentes atividades diárias, atividades laborais ou recreacionais é determinada, em grande parte, pela capacidade de desenvolver força muscular (CARVALHO et al., 2004).

Das várias alterações fisiológicas induzidas pelo envelhecimento e/ou inatividade física, as alterações sobre o sistema muscular esquelético revelam-se de especial importância. Para além da sua relação com a morbidade, funcionalidade e autonomia, a força tem igualmente um papel preponderante na diminuição do risco de quedas e, conseqüentemente, de fraturas facilitadas pela maior desmineralização óssea típica do idoso (NARICI e cols., 1996).

Numerosos estudos têm demonstrado que, com estímulos adequados de força, idosos de ambos os sexos, apresentam ganhos na força muscular semelhantes, ou até relativamente superiores, àqueles encontrados nos jovens (NARICI e cols., 1996).

No estudo de Hakkinen e cols. (1998), os idosos de sexo masculino foram significativamente mais fortes, comparativamente ao sexo feminino, todavia, a percentagem de alteração da força muscular isocinética com o treino não foi significativamente diferente entre os dois sexos (HAKKINEN e cols., 1998).

De acordo com Larsson e cols. (1979), a força muscular máxima é alcançada por volta dos 30 anos, e mantém-se mais ou menos estável até a 5ª década, idade a partir da qual inicia o seu declínio. Entre os 50 e 70 anos existe uma perda de aproximadamente 15% por década, e depois desse período a redução da força muscular aumenta para 30%, a cada 10 anos.

Pesquisas do início desse século têm descrito detalhadamente na literatura que, a massa e a força muscular diminuem com a idade. Neste sentido, para além da osteoporose e das suas consequências, a sarcopenia que ocorre com o envelhecimento é também um fator importante na saúde do sistema muscular esquelético (HUGHES e cols., 2001).

A diminuição da força é atribuída majoritariamente à perda de massa muscular, seja pela atrofia ou pela redução do número de fibras musculares. Para além de a literatura descrever a atrofia muscular induzida pela idade em diferentes grupos musculares alguns dados referem ainda um aumento de tecido não contráctil com influência direta no declínio da força observado com o envelhecimento (KELL e cols., 2001).

A diminuição da força não é apenas específica de cada indivíduo, mas também de cada grupo muscular e ainda do tipo de contração. Por exemplo, diferentes estudos mostram que a diminuição da força dos membros inferiores com a idade é mais acentuada do que a observada nos membros superiores. Este declínio quantitativo e qualitativo na funcionalidade e estrutura do sistema muscular tem implicações significativas na capacidade funcional do idoso. Vários estudos têm demonstrados uma correlação positiva da força muscular, particularmente, a força dos extensores do joelho, com a velocidade de marcha na subida de degraus, com a capacidade de se levantar de uma cadeira e com a capacidade de realizar diferentes atividades do dia a dia (CARVALHO; SOARES, 2004).

Os programas de prevenção e reabilitação desempenham um importante papel na manutenção ou restauração da capacidade física dos idosos. Nesse sentido, avaliar as funções musculares de idosos e suas relações com a capacidade funcional pode colaborar para a identificação de medidas terapêuticas mais efetivas (SILVA et al., 2006).

Henwood et al. (2008) referem que o declínio da força e massa muscular está associado ao envelhecimento normal e contribui para uma diminuição da performance muscular, da fragilidade e perda de independência.

Do ponto de vista muscular, algumas evidências apontam o papel do exercício físico no sentido de retardar a perda muscular decorrente do envelhecimento (sarcopenia), por meio da atenuação do potencial apoptótico nas células musculares esqueléticas (VOLTARELLI ; MELLO; DUARTE, 2007).

Sabe-se que o esforço físico é essencial para que o sistema musculoesquelético seja mantido, pois a reabsorção óssea é feita através dos estímulos de pressão e tração que este segmento recebe ao longo do dia, durante a locomoção e o pressionamento destas estruturas (GARCEZ; GOMERCINDO, 2012).

2.5 O GRUPO RENASCER

Inserido na problemática que o idoso representa na sociedade e refletindo o papel social da Universidade, a Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), estruturou um programa de atividade física para a “terceira idade”, atrelada ao curso de Educação Física, com o objetivo inicial de proporcionar ao público alvo a qualidade de vida e resgate de auto-estima.

Nesse sentido, além de contemplar os anseios dessa população que envelhece, prioriza melhoria do estilo de vida e auto-cuidado, por meio dos exercícios físicos direcionados a essa faixa etária.

Por ocupar o espaço físico da Universidade, os idosos frequentam um ambiente culturalmente diversificado, como é o ambiente universitário, convivendo com gerações diferentes, e proporcionando aos estudantes, uma fonte inesgotável de investigações, em todas as áreas do saber, incluindo pesquisas que resultam em trabalhos de conclusão de curso, especialização, mestrado e doutorado; fortalecendo, assim, a visão positiva sobre o envelhecimento humano.

Entre as atividades culturais realizadas pelo Grupo Renascer incluem a participação no Congresso de Iniciação Científica e Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto - CONIC, UNAERP Solidária, Semanas dos cursos de Psicologia e Medicina, especialmente por meio de palestras que contemplam esse segmento etário.

A programação desenvolvida no Grupo Renascer abrange atividades físicas, além das ações de Ensino e Pesquisa, sendo o Grupo, considerado de extensão universitária. As atividades físicas são distribuídas ao longo da semana e contemplam atividades diferentes de acordo com as informações e solicitações

recebidas pelos próprios participantes, que depois de elaboradas, foram distribuídas de segunda a sexta-feira e pautadas em: atividades de condicionamento físico - com a finalidade de melhoria do esforço físico; ginástica localizada - o objetivo é trabalhar as qualidades de movimento, tais como a flexibilidade, força, resistência, ritmo, equilíbrio e a parte cognitiva, de percepção, atenção e concentração, tão necessárias nessa etapa da vida.

Os exercícios com mudanças de direção e ritmados, que auxiliam na montagem de coreografia, hidroginástica e os exercícios resistidos da musculação também compõem as atividades oferecidas e constitui-se em ações que somente alguns idosos frequentam devido a escolha de cada um.

Nesses encontros são também trabalhados os aspectos cognitivos, considerados importantes para o processo de habilidades funcionais. As atividades de estímulo à memória são organizadas em grupo e/ou individuais.

Nessa direção, procuramos trabalhar com maior ênfase os exercícios que avaliam funções de sobrevivência como banhar-se, higiene pessoal, vestir-se, transferir de um local para outro, entre outras atividades básicas cotidianas e a sua independência de funções sociais, que ampliam as AVD, como por exemplo, gerir o orçamento doméstico, utilizar telefones, sair só, fazer compras, entre outras.

O Grupo Renascer atende pessoas de ambos os sexos, com independência de locomoção até o local das atividades, inclusive, muitos deles utilizam transporte coletivo, por residirem em bairros distantes da Universidade; outros se deslocam de casa até a Universidade caminhando, pois pertencem aos bairros próximos; e ainda há aqueles idosos que dirigem o seu próprio carro.

Inicialmente, a comunidade de idosos das áreas circunvizinhas à universidade procurou espontaneamente a Coordenação de Educação Física e solicitaram a disponibilidade para oferta de atividades físicas para esse grupo. Com o crescimento das atividades do grupo os encaminhamentos foram e, atualmente, têm origem nas clínicas especializadas ligadas aos cursos da área de saúde; obedecendo ao sistema de referência e contrarreferência utilizado no município de Ribeirão Preto/SP e também do Hospital Electro Bonini, referenciados por meio do Serviço Único de Saúde.

No presente estudo o que importa e é relevante não é conceituar saúde, pois segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1999), saúde não é apenas a ausência de doença. Esse conceito é pertinente no cenário do Grupo Renascer, pois

no universo dos idosos pesquisados existe, no mínimo, uma doença crônica, já que é privilégio de poucos a ausência total de doenças; e o completo bem estar pode ser destinado a todos, independentemente da presença ou não de doenças.

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

Nesse tópico discorreremos sobre a casuística e método utilizados na realização do estudo contemplando sua natureza, população e amostra, local do estudo, procedimentos, análise de dados, aspectos éticos e legais envolvidos na efetivação da pesquisa.

3.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de estudo do tipo não-probabilístico, com amostragem intencional ou por julgamento, onde o pesquisador usou seu julgamento para selecionar os membros da população que se apresentavam como boas fontes de informações precisas a respeito das questões propostas na presente investigação. Esse tipo de pesquisa permitiu coletar os dados, assim como interpretar quantitativamente os mesmos, a partir das opiniões que os idosos praticantes de exercício físico do Grupo Renascer emitiram em relação à sua condição de participante do referido grupo, considerando suas condições atuais de vida; conforme afirmam Aaker, Kumar e Day (2001).

Ainda, na amostra não - probabilística, Mattar (1996, p. 132) refere que “é aquela em que a seleção dos elementos da população para compor a amostra depende ao menos em parte do julgamento do pesquisador ou do entrevistador no campo”, como ocorre nesse estudo.

Esta é uma pesquisa sobre o “futuro” da população e sua longevidade, mostrando que a autonomia física, psíquica e socioeconômica são elementos fundamentais para um envelhecimento saudável.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A região administrativa de Ribeirão Preto situa-se no nordeste do Estado de São Paulo e ocupa uma área de 9348 km² ou 3,8% do território paulista, compondo-se de 25 municípios.

Tem um grande concentrado em toda área da saúde, instituições como Centros Universitários, Universidades, Faculdades, Faculdade de Tecnologia do Estado de São Paulo (FATEC), entre outras; e as pessoas assistidas em seu processo saúde-doença compreendem cerca de 60% das cidades vizinhas, sendo

que parte desse contingente passa pelo Hospital Escola Dr. Electro Bonini, e alguns são direcionados ao Grupo Renascer que tem suas atividades realizadas na Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP.

Esta Instituição supracitada possui 29 cursos de graduação; 5 cursos tecnológicos; 5 cursos de pós-graduação *stricto sensu* e aproximadamente 40 cursos de pós-graduação *lato sensu*.

O hospital Electro Bonini atende 80.000 clientes/mês por meio de profissionais das áreas de Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia, Ciências Farmacêuticas e Medicina; com atendimentos ambulatoriais nas seguintes especialidades: Vascular, Urologia, Reumatologia, Proctologia, Cirurgia Plástica, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Neurologia, Hematologia, Ginecologia, Geriatria, Gastroenterologia, Dermatologia, Anestesiologia e Cardiologia. Atualmente, realiza cirurgias nas especialidades de otorrinolaringologia, oftalmologia, cirurgias geral, plástica, vascular, pediátrica, urológica, ginecologia, obstetrícia, proctologia e pequenas cirurgias de dermatologia.

Os atendimentos supracitados são prestados à população encaminhada pelo Serviço Único de Saúde e de clínicas especializadas ligadas aos cursos da área de saúde; obedecendo ao sistema de referência e contrarreferência utilizado no município de Ribeirão Preto/SP.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Este estudo teve como população, idosos que residem na cidade de Ribeirão Preto e região, que frequentam um programa de exercício físico vinculado ao curso de Educação Física da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP – Grupo Renascer. O grupo é formado por 53 idosos, sendo 08 do sexo masculino e 45 do sexo feminino.

As atividades desenvolvidas pelos integrantes do grupo Renascer são realizadas nas quadras de esporte do curso de Educação Física da Universidade de Ribeirão Preto, de segunda a sexta feira, das 7 horas as 8 horas da manhã; sendo que de segunda, quarta e sexta-feira, das 8 horas as 9 horas da manhã, acrescentam-se as aulas de hidroginástica. Na segunda-feira os participantes do Grupo Renascer executam trabalhos de melhoria de volume de oxigênio e alongamento, na terça-feira fazem os exercícios de ginástica localizada com ênfase

nos exercícios de equilíbrio, força e a parte cognitiva; na quarta-feira são os exercícios ritmados com mudança de direção, e na quinta e sexta-feira são os exercícios resistidos de musculação.

O processo de seleção dos participantes contou com a participação de todos os frequentadores do Grupo Renascer, totalizando 53 indivíduos; respeitando a disposição voluntária de participação na pesquisa e para o resultado só foram considerados aqueles indivíduos com idade mínima de 60 anos, com base nos indicadores nacionais de envelhecimento populacional (IBGE, 2000), embora a literatura gerontológica internacional aponte como mínima, a idade de 65 anos.

Partimos do pressuposto de que o envelhecimento, como processo do desenvolvimento humano, é permeado por transformações no corpo biológico, por interferências no mundo social, assim como no pensamento e nas emoções. Assim, acreditamos que as representações sociais do envelhecimento dependem de determinantes biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, educacionais/culturais, políticos e espirituais e, portanto, variam para cada sujeito com base em sua biografia e na história da sociedade da qual faz parte (MESQUITA; PORTELLA, 2004).

Nessa direção, o atendimento de pessoas de ambos os sexos, sem distinção de etnia, credo e cor, com idades de 60 ou mais, é uma faixa etária de um público que retém informações importantes através de suas experiências e o isolamento dessas pessoas é incompatível com o que defendemos.

As patologias como diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, obesidade, frouxidão ligamentar estão presentes em indivíduos da amostra, porém esses cidadãos são acompanhados pelo seu médico e equipe de saúde do serviço onde são assistidos.

Em síntese, os critérios de inclusão de sujeitos nesse estudo consideraram ser alunos inscritos no Grupo Renascer, com idade entre 60 e 86 anos; ser assíduo às atividades programadas; praticar as atividades por, no mínimo, três vezes por semana; estar autorizado a realizar as atividades pelo médico responsável, e aceitar participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Quanto aos critérios de exclusão, temos ser alunos inscritos no Grupo Renascer, com idade menor que 60 anos e os critérios de descontinuidade

consideraram os idosos que por algum motivo se ausentaram de uma das etapas do projeto.

A amostra se constituiu, após aplicação dos critérios já citados, de 42 mulheres e 7 homens, que frequentam as atividades oferecidas de segunda a sexta feiras, das 7 as 8 horas da manhã. Apenas 04 indivíduos foram excluídos, pois três faleceram e 01 está impossibilitada de realizar atividades, totalizando 49 indivíduos.

3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

3.4.1 Instrumento de coleta de dados

Utilizamos como instrumento de coleta dos dados o Índice de Barthel (1965) (ANEXO A). O índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida como comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controle de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (MAHONEY; BARTHEL, 1965). Na versão original, a pontuação da escala varia de 0-100, com intervalos de 5 pontos. A pontuação mínima de zero corresponde à máxima dependência para todas as Atividades de Vida Diária (AVD) avaliadas, e a máxima de 100 equivale à independência total para as mesmas AVD avaliadas.

As atividades pontuadas no instrumento de Barthel (1965) foram analisadas à luz do entendimento do referido autor, como descritas a seguir.

A avaliação da atividade “alimentação” relaciona-se com o ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca, à capacidade de usar qualquer talher. Os idosos que requerem auxílio foram classificados como “necessitando de ajuda”, e aqueles que não conseguiam levar a comida do prato à boca foram definidos como dependentes.

“Banho” refere-se ao uso do chuveiro, ou banheira e ao ato de se esfregar em qualquer uma dessas situações. Foram classificados como “dependentes” todos os idosos que necessitavam de qualquer auxílio de outra pessoa para essa função.

Para avaliar a função “vestuário” considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir. Como roupas, compreendem-se roupas íntimas roupas externas, fechos, cintos e zíperes. Calçar sapatos é excluído da

avaliação. Idosos que precisavam de auxílio, mas que conseguiam realizar pelo menos a metade das tarefas recebiam a designação “necessitando de ajuda”. Se não conseguiam cumprir, eram considerados “dependentes”.

A função “eliminações intestinais” refere-se à ausência de episódios de incontinência. Foram considerados “continentes” os idosos que, além de não apresentarem perda involuntária de fezes, conseguiam fazer uso de supositórios ou enemas sozinhos, se necessário. Quando necessitavam de ajuda ou aconteciam episódios ocasionais de incontinência fecal, a classificação era de “incontinência ocasional”. Na avaliação da função “Eliminações vesicais”, considera-se continente quem não apresenta episódios de perda involuntária de urina e é capaz de lidar sozinho com a sonda vesical. Foram classificados como “incontinente ocasional” os idosos que apresentavam episódios esporádicos ou que não conseguiam lidar sem ajuda com sondas e outros dispositivos.

A função “uso do vaso sanitário” é avaliada pela facilidade no uso do vaso sanitário para excreções, assim como para arrumar as próprias roupas e limpar-se. Idosos que precisavam de auxílio para manter o equilíbrio ou para se limpar receberam a designação “necessitando de ajuda”. Dependentes eram aqueles que recebiam auxílio direto de outra pessoa ou que não desempenhavam a função, bem como os que utilizavam “papagaios” ou “comadres”.

A função “passagem cadeira-cama” não foi avaliada, pois a amostra não possuía indivíduos em uso de cadeiras de rodas, assim, a avaliação dessa atividade foi excluída.

A independência na função “escadas” diz respeito à capacidade de subir ou descer escadas sem ajuda ou supervisão, ainda que haja necessidade de dispositivo como muleta ou bengala, ou apoio no corrimão. “Ajuda” refere-se à necessidade de ajuda física ou de supervisão, ao descer e subir escadas.

3.4.2 Procedimento de coleta de dados

A pesquisa utilizou duas abordagens para a coleta dos dados. Na primeira, em uma sala comodamente sentados, o pesquisador e pesquisados se encontraram para esclarecimentos sobre o instrumento, para que não houvesse dúvida quanto ao seu entendimento e preenchimento. O instrumento foi explicado pela pesquisadora, acompanhada da orientadora, e aberto espaço para esclarecimentos. Também foi

lido o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os objetivos da pesquisa, e solicitado aos indivíduos que os assinassem, no caso de concordarem em participar da pesquisa.

Num segundo momento, alertados quanto uso de óculos para poderem escrever, responderam ao instrumento com a presença do pesquisador, que teve a função de observar os pesquisados enquanto refletiam sobre as questões e recolher o instrumento e o termo de consentimento livre e esclarecido, no final. Este último, depois de lido e assinado, quando o sujeito concordou em participar do estudo.

3.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva, utilizando o *software* Excel versão 2010 da empresa *Microsoft Corporation*, com apresentação dos resultados por frequência relativa e/ou absoluta, sendo a apresentação de alguns dados em tabelas.

Considerando o caráter quantitativo, a análise estatística de dados buscou investigar na população quais são as doenças e agravos crônicos não transmissíveis - estados permanentes ou de longa permanência - que requerem acompanhamento constante, pois em razão da sua natureza, não têm cura; e se, individualmente, algumas dessas doenças impedem sua independência e autonomia e a correlação com a prática do exercício físico, à luz do referencial de Barthel.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O Conselho Nacional de Saúde, em sua Resolução n. 196/96, normatizou e regulamentou todos os projetos de pesquisas que envolvem seres humanos. Nesse sentido, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UNAERP (APÊNDICE 1), com vistas à apreciação e foi autorizado para a realização do presente estudo sob COMÉt n. 218.782 (ANEXO A).

Houve a solicitação de autorização da Universidade por ser oferecer o local onde as atividades vêm sendo realizadas, bem como a autorização da pesquisadora responsável pelo Grupo Renascer.

Foi redigido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foram assinados pelos entrevistados e pela pesquisadora. Ambas as partes

receberam uma via desse documento. Nesse documento foi garantido total sigilo quanto à identidade dos idosos entrevistados e das informações prestadas, a pesquisadora responsabilizou-se pelo seu destino final (APÊNDICE 2).

Não houve situação de risco para os participantes durante o estudo, uma vez que eles somente realizaram atividades no grupo Renascer após avaliação de seus médicos responsáveis que autorizam suas participações nas atividades físicas, já descritas. Desta forma, as atividades proporcionam apenas benefícios, pois têm a finalidade de possibilitar bem estar e melhorar a qualidade de vida.

As informações fornecidas pelos sujeitos da pesquisa foram utilizadas para o estudo e poderão ser divulgadas em meios científicos como, por exemplo, transformar os resultados numa cartilha, de orientação, com distribuição gratuita com o objetivo de estimular a atividade física, para um envelhecimento saudável.

3.7 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa somente seria suspensa diante da percepção de algum risco ou dano aos sujeitos da pesquisa ou diante de outro estudo que tenha os mesmos propósitos e, por fim, apresente superioridade metodológica.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta de 49 indivíduos, sendo 7 (14,2%) do sexo masculino e 42 (85,8%) do feminino, com idades variando entre 60 e 87 anos; média de 70 anos e desvio padrão de 6 anos.

Segundo a Escala de Barthel (1965), como descrito na casuística e método, a pontuação a ser alcançada pelos indivíduos varia de 0 a 100, e as pontuações mais elevadas indicam maior independência. A versão utilizada no estudo avalia a independência funcional em nove tarefas: alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais, eliminação vesicais, uso do vaso sanitário, deambulação e escadas.

Nas atividades rotineiras (pentear-se e barbear-se), vestir-se, alimentação, a caminhada por mais de 50 metros, além de subir e descer escadas, os idosos avaliados foram, em ambos os sexos, considerados totalmente independentes.

Nas demais atividades, que serão apresentadas individualmente, a posteriori, os resultados expostos pelos participantes demonstraram que a média de pontos para todas as atividades ficaram próximas dos valores máximos para cada uma delas, não havendo diferença substancial entre os gêneros, ressaltando que todos os indivíduos do sexo masculino foram classificados como independentes, porém se encontram em menor número na amostra.

A importância do envelhecimento ativo é a maior preocupação para a melhoria das condições de vida da pessoa que envelhece, por estar associado às capacidades físicas e ao envelhecimento saudável. Esse fator se encontra expresso na ênfase que atualmente tem sido dada para a ação benéfica potencial dos exercícios para melhorar o estilo de vida e também o autocuidado (PAPALEO NETTO; BRITTO, 2001).

No desempenho das AVD reflete a capacidade ou não para o autocuidado básico, ou seja, com base nesses dados pode-se estabelecer o grau de autonomia e independência do idoso para a execução de atividades básicas, fundamentais no suprimento de suas necessidades (GALLO JR. et al., 1990).

Quando ocorre a perda da independência em realizar as AVD, surgem efeitos importantes na esfera do convívio social que podem levar ao isolamento, além de

dependem de outras pessoas para realizar as funções básicas gerando, assim, um sentimento de incapacidade e invalidez (GALLO JR et al., 2001); condição não observada em nossa amostra.

No Brasil, estima-se que 10% das pessoas acima de 65 anos precisam de ajuda em atividades básicas de autocuidado e cerca de 40% necessitam de auxílio nas atividades instrumentais de vida diária, o que significa mais de 6 milhões de pessoas carecendo de suporte (RABELO; NERI, 2005).

Os dados da Tabela 1, referentes à caracterização dos idosos, participantes do presente estudo, evidenciam o predomínio de mulheres, 42 indivíduos dos 49 pesquisados, em nosso estudo.

O número de mulheres é maior que de homens, e segundo o IBGE (2010), quanto mais a população envelhece, mais aumenta a diferença relativa desses números, dado evidenciado na descrição das informações na Tabela 1, onde temos participantes do sexo feminino de 60 anos até os 90 anos, enquanto o masculino apresenta-se com idades entre 60 e 80 anos.

Essas diferenças são significativas quanto ao sexo feminino e masculino, sinalizando, inclusive, ausência de homens na amostra, a partir dos 80 anos.

Houve predomínio feminino na faixa etária de 70 a 75 anos com 13 (30,95%), seguida da faixa etária de 65 a 70 anos com 12 (28,57%), totalizando 25 indivíduos, com idades entre 65 e 75 anos.

Tabela 1- Distribuição dos indivíduos segundo sexo e faixa etária, Ribeirão Preto, 2013.

Sexo	Faixa etária	Total	Total %
F	60 --- 65	9	21,43%
	65 --- 70	12	28,57%
	70 --- 75	13	30,95%
	75 --- 80	6	14,29%
	80 --- 85	1	2,38%
	85 --- 90	1	2,38%
F Total		42	100,00%
M	60 --- 65	2	28,57%
	65 --- 70	1	14,29%
	70 --- 75	2	28,57%
	75 --- 80	2	28,57%
M Total		7	100,00%
Total Geral		49	100,00%

Fonte: Autora.

Como afirma Sé (2009), os idosos brasileiros, principalmente as mulheres, são um segmento populacional cada vez mais visível da sociedade. Por outro lado, as mulheres têm melhores condições relativas de viverem envolvidas e produtivas na vida social e familiar, pelo fato de terem a possibilidade de estabelecer fortes laços familiares de amizade e produtividade doméstica; circunstâncias geralmente inacessíveis aos homens idosos.

Sanches e Roel (2001) afirmam que as mudanças sociais estão influenciando o modo de envelhecer das mulheres. Se antes estavam no papel de passividade aprendida, no mandato de estar a serviço dos demais, além do desconhecimento dos próprios desejos, agora saem do lugar de resignação que, até então, lhes era imposto.

Além dessa mudança de perfil feminino, Rodrigues e Mercadante (2006) observaram que a baixa frequência masculina, por exemplo, nos programas destinados à terceira idade, se deve a duas questões importantes que compreendem o preconceito e o machismo. Os autores explicam que a ausência do homem nessas atividades se dá por conta de uma imposição cultural, que determina o que é, e também o que não é “atividade de homem”.

A baixa autoestima vivenciada pelos homens, ao envelhecerem, muitas vezes, coincidindo com eventos como a aposentadoria - momento que este homem passa a ter o seu cotidiano em espaço privado -, e vive a perda do poder, característico do homem adulto, tem repercussões significativas na imagem de autonomia (MINAYO; COIMBRA, 2002).

Após tais considerações, a caracterização da amostra do presente estudo, corrobora dados da literatura, considerando o predomínio de mulheres, que ainda se manifestam com idades mais avançadas, que os homens.

Com relação às atividades intestinais, expostas na Tabela 2, na amostra, dos 49 pesquisados, 47 referiram não precisar de quaisquer ajudas nessa atividade, totalizando 95,9% indivíduos; e, em ambos os casos, que apontaram impossibilidades para a ação em questão, estas se apresentaram no sexo feminino (4,08%).

As dificuldades pontuadas por elas foram classificadas como acidentes ocasionais, como diarreia súbita e uso de medicamentos que causaram efeitos laxativos. Essas situações levaram-nas à perda do controle de esfíncteres e a

eliminações involuntárias. Essas participantes encontram-se na faixa etária de 65 a 80 anos.

Tabela 2 - Distribuição dos indivíduos segundo sexo, intestino e faixa etária, Ribeirão Preto, 2013.

Sexo	Intestino	Faixa etária	Total
F		5 65 --- 70	1
		75 --- 80	1
	5 Total		2
		10 60 --- 65	9
		65 --- 70	11
		70 --- 75	13
		75 --- 80	5
		80 --- 85	1
		85 --- 90	1
	10 Total		40
F Total			42
M		10 60 --- 65	2
		65 --- 70	1
		70 --- 75	2
		75 --- 80	2
	10 Total		7
M Total			7
Total Geral			49

Fonte: Autora.

O controle de esfíncter é um dos problemas mais frequentes na terceira idade, podendo ser agravado entre idosos com mobilidade limitada (RAO, 2010).

Como ocorre em nosso estudo, considerando o sexo e a idade dos participantes, no estudo de Rao (2010), relata que entre os idosos com mais de 65 anos, a maioria das pesquisas descreve que a incontinência de intestino ocorre, mais frequentemente, nas mulheres. De 1.000 mulheres pesquisadas, uma a três, informam perda do controle intestinal, pelo menos, uma vez por mês.

Analogamente aos resultados encontrados, estudiosos afirmam ser um grave problema social e médico, com grande repercussão ou impacto socioeconômico. Em um estudo junto à população idosa atendida no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo identificaram prevalência de 10,9% (ANDREA, 2010).

Outro estudo mostrou que em uma população de 2.570 habitantes, 2,2% indivíduos possuía incontinência intestinal, sendo que 30% tinham mais de 65 anos. Essa condição representa a segunda causa de internação em asilos (MIGUEL Jr., 2008).

Nakatani, Silva e Bachion (2009), em sua pesquisa com idosos mostrou que há necessidade de implementação de ações que deem ênfase às necessidades de serviços de promoção a saúde, preservação da vida e recuperação de doenças, no estímulo ao autocuidado e a independência dos idosos.

De acordo com dados da Tabela 3, referente ao sistema urinário, dos 49 pesquisados, 44 (89,7%) disseram não ter dificuldades, porém 05 (10,3%) mulheres apresentaram alterações, incluindo a dificuldade de conter a perda de urina, configurando o quadro de Incontinência Urinária (IU).

Tabela 3 - Distribuição dos indivíduos segundo sexo, sistema urinário e faixa etária, Ribeirão Preto, 2013.

Sexo	sistema urinário	Faixa etária	Total
F	0	60 --- 65	1
		0 Total	1
	5	70 --- 75	3
		75 --- 80	1
		5 Total	4
	10	60 --- 65	8
		65 --- 70	12
		70 --- 75	10
		75 --- 80	5
		80 --- 85	1
10 Total	85 --- 90	1	
	10 Total	37	
F Total			42
M	10	60 --- 65	2
		65 --- 70	1
		70 --- 75	2
		75 --- 80	2
10 Total			7
M Total			7
Total Geral			49

Fonte: Autora.

Esse resultado é corroborado pelo estudo de Oliveira et al. (2010), onde mulheres idosas (maiores de 60 anos), com domicílio no município de São Paulo, teve prevalência de IU de 26,6%; doença que acometeu mais mulheres do que homens devido a gestação, maior abertura da pélvis e também obesidade, de acordo com a referida pesquisa.

Reforçando este ponto, Conceição (2005) referiu que 50% das mulheres de seu estudo apresentam IU de esforço, 30% a 40% IU mista e 10% a 20% IU de urgência. A IU mista é definida como associação de IU de esforço e bexiga hiperativa; a IU de urgência é entendida como bexiga hiperativa. São consideradas como IU aquelas com perda de urina aos esforços - definida como perda involuntária de urina associada à tosse, a espirros e a atividades físicas, em geral.

Oliveira et al. (2010), com relação à idade, numa recente metanálise, demonstrou que a IU aumenta com a idade adulta (prevalência de 20% a 30%), tem seu pico na meia idade (prevalência de 30% a 40%) e apresenta-se com aumento constante na velhice (prevalência de 30% a 50%), percentuais ainda maiores do que os apresentados em nosso estudo, pelas participantes que referiram essas alterações (10,2%).

A prevenção da IU de esforço é assunto bastante controverso. De qualquer forma, estudiosos como Baracat e Montellato (2000), recomendam evitar a obesidade e o sedentarismo - a todo custo, praticar exercícios fisioterápicos para fortalecer o assoalho pélvico (algumas academias de ginástica já possuem programas com esse objetivo) e controlar o peso durante a gestação (obstetras aconselham que, no período pré-natal, as gestantes aumentem não mais do que 12 kg a 13 kg) enfatizando que são algumas medidas que podem ser eficazes, embora ainda falte embasamento científico. Em nossa amostra, em que os indivíduos realizam atividades físicas, também da natureza citada, 44 (89,8%) indivíduos relataram não possuir quaisquer alterações nesse sentido.

Ainda para Baracat e Montellato (2000), a função dos músculos do assoalho pélvico é sustentar as vísceras em posição vertical, além da manutenção da continência urinária. Para tanto, esses músculos necessitam estar fortes e em perfeitas condições. Contudo, para que esses exercícios sejam desenvolvidos com eficácia, Levi D'ancona (2001), expõe a necessidade das mulheres com incontinência urinária aprenderem a contrair e a relaxar a musculatura envolvida, já

que esses músculos não são usualmente treinados a estabelecer se realmente funcionam.

Os aspectos decorrentes do envelhecimento evidenciam que este é heterogêneo, não acontece a todo indivíduo igualmente, não se apresenta linearmente. Entender a etiologia associada aos processos degenerativos é fundamental para se conhecer e desenvolver estratégias que atenuem os efeitos da senescência.

Resultados observados por Maciel (2002) apontam que quando a IU atinge os idosos, outros fatores podem estar envolvidos como, por exemplo, a integridade anatômica do trato urinário inferior, os mecanismos fisiológicos participantes da estocagem e na eliminação da urina, assim como a capacidade cognitiva, a mobilidade, a destreza manual e a motivação para ir ao toalete. Ainda descreve que a restrição da mobilidade limita o acesso do indivíduo ao banheiro, predispondo à incontinência.

Quanto às atividades de banho, apontadas na Tabela 4, os indivíduos do sexo masculino relataram não possuir dificuldades para realizar todas as suas etapas, inclusive, não necessitam da presença de outrem durante a atividade, contudo, 01 (2,38%) mulher relatou ser parcialmente dependente para banhar-se.

Tabela 4 - Distribuição dos indivíduos segundo sexo, atividades no banho e faixa etária, Ribeirão Preto, 2013.

Sexo	Banho	Faixa etária	Total	
F	0	65 --- 70	1	
		0 Total	1	
		5	60 --- 65	9
			65 --- 70	11
			70 --- 75	13
			75 --- 80	6
			80 --- 85	1
		5 Total	85 --- 90	1
			5 Total	41
		F Total		
M	5	60 --- 65	2	
		65 --- 70	1	
		70 --- 75	2	
		75 --- 80	2	
		5 Total	7	
M Total			7	
Total Geral			49	

Fonte: Autora.

Para Carvalho (2002), a manutenção do equilíbrio, seja estático ou dinâmico, relaciona-se com diferentes fatores. A deterioração da visão, do sistema vestibular e somatosensorial que decorrem do próprio processo de envelhecimento, constituem-se como importantes causas para afetar o equilíbrio na hora do banho.

O equilíbrio diminui com o envelhecimento, verificando-se um declínio mais acentuado a partir da sexta década, ou seja, não apenas a frequência e amplitude de oscilação corporal são maiores nos idosos, comparando-os aos jovens, mas também a correção da estabilidade corporal, perante dada perturbação, é mais lenta nos idosos (CARVALHO, 2002).

Resultados semelhantes ao número de dependência nas atividades continência, banhar-se e vestir-se foram encontrados por Lucena et al. (2002), ao evidenciarem que as atividades que apresentaram maiores prevalências de dependência foram a continência (8,7%), e as atividades de banhar-se (2,7%) e vestir-se (2,5%), sendo a primeira para dependência leve ou moderada e as duas últimas para dependência completa.

Lucena et al. (2002) afirmaram que o banho e o vestuário apresentam um maior nível de dependência. Resultados semelhantes foram observados neste trabalho, onde o banho, o sistema urinário e o controle de esfíncter foram as atividades que apresentaram o maior índice de dependência parcial ou total, nas participantes do sexo feminino, como ocorreu com 01 participante de nosso estudo, com relação às atividades de banho.

Na Tabela 5, considerando os indivíduos do sexo masculino, 100% sinalizaram serem capazes de se dirigir e sair do sanitário, vestir-se ou despir-se, cuidar-se para não se sujar e poder utilizar papel higiênico, sem necessidade de ajuda.

Com relação às mulheres, 41 (97,6%) não precisam de ajuda e apenas 01 (2,04%), na faixa etária de 65 a 70 anos, referiu ser incapaz de ir e usar o vaso sanitário, sem ajuda.

Em uma pesquisa envolvendo homens e mulheres idosos, realizada com dados secundários obtidos da Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílios (PANAD), foi observada maior prevalência de incapacidade funcional em mulheres do que em homens (BARRETO et al., 2006).

Tabela 5 - Distribuição dos indivíduos segundo sexo, uso do toailete e faixa etária, Ribeirão Preto, 2013.

Sexo	Toailete	Faixa etária	Total	
F	0	65 --- 70	1	
		0 Total	1	
		10	60 --- 65	9
			65 --- 70	11
			70 --- 75	13
			75 --- 80	6
			80 --- 85	1
			85 --- 90	1
		10 Total	41	
		F Total		42
M	10	60 --- 65	2	
		65 --- 70	1	
		70 --- 75	2	
		75 --- 80	2	
		10 Total	7	
M Total		7		
Total Geral		49		

Fonte: Autora.

Além dessa questão, as mulheres se tornam mais vulneráveis na velhice devido à valorização da juventude pela sociedade em que vivemos. As condições físico-psíquicas da menopausa as tornam ainda mais fragilizadas pelo envelhecimento do corpo, fazendo com que a questão da finitude se apresente com mais constância entre as mulheres (MORI; COELHO, 2004).

O gênero masculino é um dos fatores positivos preditivos para a força muscular, assim como para outros músculos esqueléticos. É esperado, pelo fato de homens terem maior força muscular, que eles tenham melhor desempenho funcional que as mulheres.

Esse fato pôde ser observado, pois quando pesquisadores compararam os gêneros, os idosos masculinos apresentaram valores médios maiores para algumas variáveis, confirmando, inclusive, para força dos flexo-extensores dos joelhos, e distância caminhada (SIMÕES et al., 2010).

Na Tabela 6, obtivemos o resultado a partir da soma dos escores atingidos pelos indivíduos, participantes do estudo, para todas as atividades propostas na escala de Barthel (1965), e assinala-se que os indivíduos do sexo masculino,

embora em menor número, quando comparados proporcionalmente às mulheres, encontram-se na condição de totalmente independentes para a higiene pessoal, banho, alimentação, uso do toalete, subir escadas, vestir-se, têm controle de bexiga e intestino, além de deambularem sem restrições e/ou dificuldades.

Na amostra, apenas 08 mulheres apresentam-se com dependência leve, nas faixas etárias entre 65 a 80 anos, em maior número (04) na faixa etária de 65 a 70 anos, representando 16,32% do total da amostra.

Tabela 6 - Distribuição dos indivíduos segundo sexo, resultado e faixa etária, Ribeirão Preto, 2013.

Sexo	Resultado	Faixa etária	Total
F	Dependência leve	65 --- 70	4
		70 --- 75	2
		75 --- 80	2
	Totalmente independente	60 --- 65	8
		65 --- 70	8
		70 --- 75	11
		75 --- 80	5
		80 --- 85	1
		85 --- 90	1
F Total			42
M	Totalmente independente	60 --- 65	2
		65 --- 70	1
		70 --- 75	2
		75 --- 80	2
M Total			7

Fonte: Autora.

Um estudo feito pela Organização Mundial da Saúde (OMS) revelou que, embora as mulheres tenham uma esperança de vida maior que os homens, a proporção de anos vividos com doença também é maior (CHAIMOWICZ, 2006).

A grande dificuldade feminina está na ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis, na obesidade, na maternidade que vivenciam. A compreensão do fenômeno da meia-idade feminina nos exige, ainda, considerar aspectos socioculturais, conforme já apontados no texto. Na nossa sociedade contemporânea, envelhecer significa distanciar-se da exigência da perfeição do corpo humano, já que a beleza e a juventude são valorizadas como modelo de saúde. Neste sentido, as

mudanças físicas e psíquicas que a mulher enfrenta devem ser compreendidas tendo em vista as expectativas e representações dessa sociedade (MORI; COELHO, 2004).

Assim, transformações tais como a queda dos hormônios, as mudanças nas relações interpessoais, na identidade pessoal e nos papéis sociais desempenhados pela mulher refletem-se em como ela é percebida e valorizada em diferentes domínios da sociedade, tornando-a objeto de estudo e de intervenções de diferentes disciplinas. Neste contexto, a terapia de reposição hormonal e os antidepressivos têm sido utilizados, em muitos casos, de modo indiscriminado, em detrimento de uma atenção e escuta da subjetividade e das relações (SANCHES; ROEL, 2001).

A participação em grupos cresce em importância, na medida em que permite à mulher, por meio do compartilhamento de experiências, a ressignificação dessa etapa da vida (MORI; COELHO, 2004).

Na vivência com o Grupo Renascer a maior incidência de DCNT nas mulheres incluem a hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, obesidade e debilidade ligamentar, principalmente na articulação do joelho, dando instabilidade no locomover e no equilíbrio estático, levando-as a algumas dificuldades que encontramos nesse estudo.

A compreensão do processo de envelhecimento humano, não requer apenas o significado de envelhecer, associado ao fato de que envelhecer pressupõe algumas perdas como da jovialidade, da beleza; mas também das perdas de algumas qualidades básicas de movimento, entre outras, o equilíbrio e a agilidade; e habilidades cognitivas, gerando uma ineficiência metabólica.

Essa compreensão nos faz buscar novas experiências e novas alternativas de vida, seja participando de grupos de terceira idade, de roda de amigos, de atividades programadas para orientá-los a praticar o auto-cuidado, de realizar suas atividades cotidianas, de autoconhecimento, obtendo assim uma ferramenta na construção do Eu – cuidado, a cuidar bem de si, tendo como resultado o conhecimento da sua saúde, nesse processo vital.

5 CONCLUSÃO

Comparando-se os graus de dependência/independência identificados com a aplicação do Índice de Barthel, em idosos participantes do Grupo Renascer, verificou-se que a maior parte das mulheres e homens avaliados são independentes, sendo os 07 (100%) homens avaliados, independentes; e das 42 mulheres do Grupo, 38 são independentes e 4 (9,52%) mulheres são parcialmente dependentes.

Dentre as atividades de vida diária, avaliadas por meio do instrumento de pesquisa, a atividade de dirigir à comida a boca e usar talheres; pegar roupas no armário e vestir-se; nas atividades rotineiras de pentear-se, barbear-se, escovar dentes; caminhada e subir e descer escadas, indivíduos do sexo masculino e feminino foram classificados como independentes.

Nesse estudo foi encontrado nível parcial de dependência nas mulheres para as atividades do sistema urinário e intestinal, uso do toalete e também na atividade banho.

Ao se apropriar das informações disponíveis na literatura científica sobre a atividade física e envelhecimento, considerando o tempo de funcionamento e a regularidade nas atividades do Grupo Renascer associados aos resultados encontrados nesse estudo, podemos inferir que o grau de independência – da maioria da amostra – além do baixo percentual de dependência leve, em algumas mulheres, podem ser resultados da prática das atividades que são ofertadas no Grupo.

Os achados deste estudo sugerem que a prevenção e o controle das doenças crônicas podem melhorar as condições gerais de vida desses idosos, e assim, otimizar a realização das atividades diárias, o que pode, conseqüentemente, promover o bem-estar desta população, como constatamos na amostra.

REFERÊNCIAS

- ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M. I. R. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. Faculdade de Medicina da UFRGS. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio Grande do Sul, v. 9, n. 4, p. 833-840, 2004.
- ALMEIDA, F. **Endocrinologia do envelhecimento**. Instituto de Endocrinologia do Recife. Recife, 2006.
- ANDRÉA, F. de. **A atividade física e o enfrentamento do estresse em idosos**. 2010. 180p. Dissertação de (Mestrado) Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo/SP, 2010.
- AAKER, D.; KUMAR, V.; DAY, G. **Marketing research**. 7th Edition. New York: John Wiley & Sons, Inc. 2001.
- AQUINO, E. M. L. Gênero e Saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, special issue, ago/2006.
- ARIÉS, P. **História da morte no ocidente**: da idade média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.
- BARACAT, F.; MONTELLATO, N. Tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço. In: MONTELLATO, N.; BARACAT, F.; ARAP, S. **Uroginecologia**, São Paulo: Roca, 2000.
- BARRETO, J. Tratamento actual da depressão no idoso. In FIRMINO, H.; CORTEZ PINTO, L.; LEUSCHNER, A.; BARRETO, J. (Eds.). **Psicogeriatría**. Coimbra: Psiquiatria Clínica, 2006.
- BARRETO, K. M. L.; CARVALHO, E. M. F.; FALCÃO, I. V.; LESSA, F. J. D.; LEITE, V. M. M. Perfil sócio-epidemiológico demográfico das mulheres idosas da Universidade Aberta à Terceira Idade no estado de Pernambuco. **Rev Bras Saúde Mater Infant.**, Pernambuco, v. 3, p. 339-54, 2006.
- BERGMAN, H.; FERRUCCI, L. et al. An emerging research and clinical paradigm-issues and Controversies. **The Journals of Gerontology Séries A: Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 62A, n. 7, p. 731-737, 2007.
- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- BUCHNER, D. M.; WAGNER E. H.; LARSON E. B. Preventing frail health. **Clinics in Geriatric Medicine**, Philadelphia, v. 8, n.1, p.1-17, feb. 1992.
- BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 jan. 1994. Seção 1. Ano 132, n.3, p.1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

CAMARANO, A. A. (org.). **Os novos idosos brasileiros** - Muito além dos 60 anos. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CARVALHO FILHO, E. T.; ALENCAR, Y. M. G. Teorias de envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T. (org). **Geriatrics fundamentos, clínica, terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 1994,p. 1-8.

CARVALHO, J. **Efeito da atividade física na força muscular do idoso**. 2002. 104p. Tese (Doutorado) Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física, Universidade do Porto, Portugal, 2002.

CARVALHO, J. M. et al. Envelhecimento e força muscular:revisão. **Revista Portuguesa de Ciencia do Desporto**, Portugal, v. 4, n.1, p. 51-57, 2004.

CARVALHO, J. M.; WONG, L. A. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XX. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 24, v. 3, p. 597-605, mar. 2008.

CARVALHO, J.; SOARES, J. M. C. Envelhecimento e força muscular - breve revisão **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, Porto, v. 4, n. 3, p. 79–93, 2004.

CHAIMOWICZ, F. A Epidemiologia e o Envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2006. p.106-130.

CIOSAK, S. I. et al. Senescência e Senilidade, novo paradigma na Atenção Básica de Saúde.**Rev.Esc.Enf.USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, São Paulo, dez 2011.

CONCEIÇÃO, J. C. J. **Ginecologia fundamental**. Sao Paulo: Atheneu, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n. 196**, de 10 de outubro de 1996. Brasília, 1996. 11p.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. **CRESS**. Porto Alegre, 1995.

DIAS, R. B. de M. Estudo Interdisciplinar do Envelhecimento. **Estudo Interdisciplinar do Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 245-60, 2011.

DORNELLES, B.; TERRA, N. L. (org). **Envelhecimento bem sucedido**: Programa Geron, PUCRS, 2 ed. Porto Alegre: Edipucrs, 536p. 2003.

FARINATTI, P. de T. V. Parte I: Aspectos Conceituais do envelhecimento. In: FARINATTI, P. T. V. **Envelhecimento promoção da saúde e exercício**. São Paulo: Manole, 2008.

FARINATTI, P. T. V., MONTEIRO, W. Parte II: Aptidão Física e exercício. In: FARINATTI, P. T. V. **Envelhecimento promoção de saúde e exercício**. São Paulo: Manole, 2008.

FERREIRA, V. **Atividade física na 3ª idade**: o segredo da longevidade. 2. ed. Rio de Janeiro: Sprint, 2007.

FREITAS, E. V. Demografia e epidemia do envelhecimento. In: PY, L. et al. **Tempo de envelhecer**: percursos e dimensões psicossociais. 2. ed. Holambra: Setembro, 2006. p. 15-38.

FREITAS, A. de; SOUZA, R. P. de. O lazer e a idade. In: ARCURI, I. G. Masculin(idade) e velhices: entre um bom e mau envelhecer e o bom e mau adoecer. **Gerontologia – Vetor**, São Paulo, v. 3, coleção, 2009.

GALLO JR, L. et al. Ajustes cardiovasculares ao exercício físico. **Medicina**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 101-6, 1990.

GALLO, JR. et. al. **Assistência ao idoso** - aspectos clínicos do envelhecimento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

GOMES, A. A.; ROZEMBERG, R. Condições de vida e saúde mental na zona rural de Nova Friburgo, **Psi. cien.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, dez/2000.

GARCEZ, E. M. S.; GOMERCINDO, M. C. H. Avaliação da capacidade funcional de idosos de uma comunidade do município de porto união em Santa Catarina. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 30- 45, maio/ago 2012.

GOLDMAN, S. N.; PACHECO, J. L.; SA, J. L. M. **Tempo de envelhecer** - processos e dimensões psicossociais. Rio de Janeiro: Nau, 2005 (Ensino da Psicologia).

GOLDSTEIN, M.; WHITLOCK, E. D.; DE PUE, J. Multiple behavioral risk factor interventions in primary care. **American Journal of Preventive Medicine**, Orleans, n. 27, v. 2, p. 67-79, 2004.

GUEDES, V. D. et. al. Fatores associados à capacidade funcional dos idosos da comunidade. **HU. Rev.**, Rio Grande do Sul, v. 33, n. 4, p. 105-111, 2007.

HAKKINEN, K. e cols. Muscle CSA, force production, and activation of leg extensors during isometric and dynamic actions in middle-aged and elderly men and women. **JAPA**, Finlândia, v. 6, p. 232-247, 1998.

HENWOOD, T. et.al. Improved Physical Performance in older adults under taking a short-term programe of high-velocity resistance training. **J. Gerontology**, Oxfort, n. 51, p. 108-115, 2008.

HUGHES, V. A. e cols. Longitudinal muscle strength changes in older adults: influence of muscle mass, physical activity and health. **J Gerontol**, Oxfort, 56A, 2001.

HUNTER, G. R. e cols. Effects of resistance training on older adults. **Sports Medicine, Eur. J. Appl Physiol**, Chicago, v. 34, p. 330-348, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Perfil dos idosos pelos domicílios no Brasil**. Censo 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **População idosa: cresce a expectativa de vida: censo 2010**.

JACOB FILHO, W. J. Fatores determinantes do envelhecimento saudável. **BIS Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, n. 47, p.76-79, Abr. 2009.

_____ **Atividade Física e Envelhecimento Saudável**. São Paulo: Atheneu, 2006.

JARDIM, V. F. S.; MEDEIROS BRITO, F. Um olhar sobre o processo de envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. **Revista brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 25-34, 2006.

JARO, M. A. Probabilistic linkage of large public health. **Stat Med.**, England, v. 14, p. 491-8, 1995.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciênc Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 1107-11, 2008.

KAUFFMAN, T. L. **Manual de reabilitação geriátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

KELL, R. T. e cols. Musculoskeletal fitness, health outcomes and quality of life. **Sports Med**, Brussels-Belgium, v. 31, p. 863-873, 2001.

KOPIER, D. A. Atividade física na terceira idade. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói/RJ, v. 3, n. 4, p. 35-37, 1997.

KURA, G. G. et. al. Nível de atividade física, IMC e índice de força muscular estática entre idosas praticantes de hidroginástica e ginástica. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, RS., v. 1, n. 2, p. 30-40, jul/dez 2004.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**. A working document. Ottawa:Government of Canada, 1974.

LARSSON, L. e cols. Muscle strength and speed of movement in relation to age and musclemorphology. **J Appl Physiol**, Oxford Universit Press, v. 46, p. 451-456, 1979.

LEVI D'ANCONA, C. A. Diagnóstico da Incontinência Urinária na Mulher. In: LEVI D'ANCONA, C. A.; RODRIGUES NETTO, N. JR. (org.) **Aplicações Clínicas da Urodinâmica**. São Paulo: Atheneu, 2001.

LIMA, L. C. V.; BUENO, C. M. L. B. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. **Revista saúde e pesquisa**, v. 2, n. 2, p. 273-280, maio/ago 2009.

LIMA, L. C. V. O impacto das atividades em grupo como estratégia de promoção da saúde na senescência. **Revista Kairós**, São Paulo, v.14, 2011.

LUCENA, N. M. G. L. et al. Análise da capacidade funcional em uma população geriátrica institucionalizada em João Pessoa. **Fisioterapia Brasil**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 164-169, maio/jun. 2002.

MACIEL, A. C. Incontinência urinária. In:FREITAS, E. V. et.al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.635-44.

MAHONEY, F.; BARTHEL, D. **Funtional evaliation**: the Barthel índex. Maryland State Medical Journal, 1965.

MALAGUTI, W.; BERGO, A. M. A. **Abordagem interdisciplinar do idoso**. Rio de Janeiro: Rúbio, 2010.

MATTAR, F. **Pesquisa de marketing**. São Paulo: Atlas. 1996.

MATSUDO, S. M. Atividade Física e Envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 2-13, 2001

MATSUDO, S. M. M. Envelhecimento, atividade física e saúde. **Revista Mineira de Educação Física**, Viçosa, MG, v. 10, n. 1, s/p, 2002.

MESQUITA, P. M.; PORTELLA, M. R. A gestão do cuidado do idoso em residências e asilos: Uma construção solitária fortalecida nas vivências do dia a dia. In: PASQUALOTTI, A.; PORTELLA, M. R.; BETTINELLI, L. A. (Org) **Envelhecimento humano**: desafios e perspectivas. Passo Fundo, 2004, p. 72-94.

MIGUEL JÚNIOR, A. Sarcopenia - perda de massa muscular. **Medicina Geriátrica**, São Paulo, v. 44, p. 563-575, 2008.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. orgs. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

MORI, M. E.; COELHO, V. L. D. Mulheres de corpo e alma: Aspectos Biopsicossociais da Meia-Idade Feminina. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Brasília, n. 17, v. 2, p. 177-187, 2004.

MOTTA, A. B. Sociabilidades possíveis: idosos e tempo geracional. In: PEIXOTO, C. E. (org). **Família e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

MOTTA, A. B. As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento. **Cadernos Pagu**, Campinas, v.13, p.191-221, 1999.

MOZER, F. A. O envelhecimento da população brasileira e seus desafios. **Revista Eclesiástica Brasileira**, São Paulo, n. 277, 2010.

NAKATANI, A. Y. K.; SILVA, L. B.; BACHION, D. P. Capacidade funcional em idosos na comunidade e propostas de intervenções pela equipe de saúde. **Rev. Elet. de Enf.**, UFG, Goiás, v. 11, n. 1, p. 144-50, 2009.

NARICI, M. e cols. Human quadriceps cross-sectional area, torque, and neural activation during 6 months strength training. **Acta Physiol Scand**, Brussels-Belgium, v. 157, p. 175-186, 1996.

NERI, A. L. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: NERI, A. L. (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. São Paulo: Papirus, 1993. p. 9-57.

NERI, A. L. **Palavra chave em Gerontologia**. 3. ed. Campinas: Alínea. 2001.

NÓBREGA, A. C. L. 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**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 5, p. 207-211, 1999.

NOBREGA, C. **Antropomarketing** - dos Flintstones à era digital: Marketing e a Natureza Humana. Rio de Janeiro: Senac, 2002.

OKUMA, S. S. Cuidados com o corpo: um modelo pedagógico de educação física para idosos. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p. 1092-1100, 2002.

OLIVEIRA, E. et al. Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, Santo André, SP, v. 56, n. 6, p. 688-90, 2010.

OMENN, G. S. Health Promotion and disease prevention. Preface. **Clinics in Geriatric Medicine**, Philadelphia, v. 8, n. 9, p. 231, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Relatório anual de doenças**. Portal da saúde, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. **Envelhecimento ativo**. Um projeto de política de Saúde. 1999.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OPAS. **Perspectivas do papel da Universidade Latino Americana em Saúde da população**. Documento inédito, 20/set/1993.

PAIXÃO, C. M.; REICHENHEIM, M. E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, Jan/fev. 2005.

PAPALEO NETTO, M.; BRITTO, F. C. Aspectos multidimensionais das urgências do idoso. In: **Urgências em geriatria**: epidemiologia, fisiopatologia, quadro clínico e controle terapêutico. São Paulo. Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu, 2001. p. 23-34.

PASCHOAL, S. M. P. Envelhecimento na perspectiva de gênero. In: CORTE, E. F.; MERCADANTE, I. G. A. (org.). **Masculin(idade) e velhices**: entre um bom e mau envelhecer. Beltrina São Paulo: Vetor, 2006. Coleção Gerontologia. v 3.

PAZ, A. A.; SANTOS, B. R. L.; EIDT, O. R. Vulnerabilidades e envelhecimento no contexto da saúde. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, n. 19, v. 3, p. 338-342, 2006.

PEREIRA, J. C. R. **Análise de dados qualitativos** – estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo: EDUSP; 1999.

PEREZ, V; SIERRA, F. Biology of aging. **Rev. Méd.**, Chile, v. 1378, p. 297-302, 2009.

POLIMENO, A.; SANTANA, V. The new science of health. **Discover Magazine**. Ed. especial sobre o envelhecimento – Summer, p.6-7, set 2009.

POLLOCK, M. L. et al. Resistance exercise in individual with and without cardiovascular disease. **Circulation**, Philadelphia, v. 101, p. 828-33, 2000.

PORTO, C. L. **Longevidade**: atividade física e envelhecimento. Maceió: Edufal, 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL de SÃO PAULO. Cresce o número de idosos em São Paulo. **Informes Urbanos**, São Paulo, n. 3, nov 2011. Disponível em: http://smdu.prefeitura.sp.gov.br/informes_urbanos. Acesso em 12 de abril de 2013.

RABACOW, F. M. et.al. Questionários de medidas de Atividade Física em idosos. **Rev.Bras.de Cineantropometria e Desempenho Humano**, Florianópolis,v. 8, n. 4, p. 99-106, 2006.

RABELO, D. F.; NERI, A. L. Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, p. 3, p. 403-412, set./dez. 2005.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residente em centro urbano: Projeto Ediposo. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 793-798, mai-jun 2003.

RAO, S. S. C. Fecal incontinence. In: FELDMAN, M.; FRIEDMAN, L. S.; BRANDT, L. I.; EDS. **Gastrointestinal and Liver Disease**. 9. ed. Philadelphia, 2010.

RAVAGNI, L. A. C. O lazer e a idade. In: **Masculin(idade) e velhices**: entre um bom e mau envelhecer em São Paulo. Beltrina São Paulo: Vetor, 2006. Coleção Gerontologia. v 3.

REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. **Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso.** Brasil: Manole, 2004.

RODRIGUES, C. L.; MERCADANTE, E. F. O papel do trabalho na construção da masculinidade. In: CÔRTE, B.; MERCADANTE, E. F.; ARCURI, I. G. **Masculin(idade) e velhices: entre um bom e mau envelhecer.** Coleção Gerontologia, v. 3. São Paulo: Vetor, 2006.

SANCHEZ, M.; ROEL, I. El proceso de envejecimiento en la mujer. **Revista Tiempo**, El portal de la Psicogerontología, Argentina, v. 8, p. 1-4, 2001.

SÉ, E. V. G. Porque envelhecer para homem e mulher é tão diferente. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, out 2009.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE CADERNO DE DESTAQUES - SVS. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Coordenação de Doenças e Agravos Não Transmissíveis.** Gestão 2007/2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/destaques201108.pdf> Acesso em 21 de abril de 2013.

SHEPHARD, R. J. **Envelhecimento, atividade física e saúde.** São Paulo: Phorte, p.11-14, 2003.

SILVA, A. S. A da. Sussurros ao falar a morte:a significação da morte na senescência. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 27-29, 2012.

SILVA, T. A. A.; FRISIOLI JUNIOR, A.; PINHEIRO, M. M.; SEJNFELD, V. L. Sarcopenia associada ao envelhecimento: aspectos etiológicos e opções terapêuticas. **Rev Bras Reumatol.**, Curitiba, v. 46, n. 6, p. 391-7, 2006.

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

SIMÕES, L. A.; DIAS, J. M. D.; MARINHO, K. C.; PINTO, C. L. L. R.; BRITTO, R. R. Relação da função muscular respiratória e de membros inferiores de idosos comunitários com a capacidade funcional avaliada por teste de caminhada. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v.14, n.1 jan./fev. 2010.

SOARES, C. P. S.; PIRES, S. R.; BRITTO, R. R.; PARREIRA, V. F. Avaliação da aplicabilidade da equação de referência para estimativa de desempenho no teste de caminhada de 6 minutos em indivíduos saudáveis brasileiros. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 14 , n.1, S1-8, 2004.

SPIRDUSO, W. W.; ANDREOTTI, R. A.; OKUMA, S. S. Dimensões Físicas do Envelhecimento. **Rev. paul. Educ. Fis.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 46-66, jan./jun. 1995

TORRES, M. V. Capacidade funcional e envelhecimento. In: MALAGUTTI, W.; BERGO, A. M. A. **Abordagem Interdisciplinar do idoso**. Rio de Janeiro: Rubio, 2010.

VERAS, R. **Envelhecendo com qualidade de vida**. Porto Alegre: Edipucrs, 2001.

VOLTARELLI, F. A; MELLO, M. A. R.; DUARTE, J. A. R. Apoptose e Sarcopenia do músculo esquelético no envelhecimento. **Motriz**, Rio Claro/SP, v. 13, n. 2, p.137-144, 2007.

VIEIRA, J. A. A identidade da Mulher na modernidade. **Delta**, Brasilia, v. 21, p. 207-238, 2005.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice, Aspectos Biopsicossociais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

APÊNDICE 1

Ilma Sr^a
Prof^a Dr^a Luciana Rezende Alves Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da UNAERP
Universidade de Ribeirão Preto – Campus Ribeirão Preto

Venho pelo presente encaminhar o Projeto intitulado: **Exercício Físico na Terceira Idade e a Melhoria da Capacidade Funcional**: Paradigma de Envelhecimento Saudável a ser desenvolvido pela Mestranda- Laura U. P. Vecchi do Curso de Mestrado em Saúde e Educação, tendo como orientadora a Prof^a Dr^a Silvia Sidnéia da Silva, coordenadora do programa de mestrado em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, para a apreciação deste comitê.

As atividades serão desenvolvidas no município de Ribeirão Preto-SP, na Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP.

Atenciosamente,

Laura Umbelina Perna Vecchi

Silvia Sidnéia da Silva

Ribeirão Preto, 17 de Setembro de 2012.

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO PROJETO: “Exercício Físico na Terceira Idade e a Melhoria da Capacidade Funcional: Paradigma de Envelhecimento Saudável”

RESPONSÁVEL PELO PROJETO: Laura Umbelina Perna Vecchi

ORIENTADORA: Profª Drª Silvia Sidnéia da Silva

Eu, _____ RG.: _____. Residente à Rua/Av. _____

_____ concordo em participar da pesquisa supracitada, após estar absolutamente esclarecido(a) dos propósitos da mesma.

1- JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

A qualidade de vida na terceira idade nos remete a realizar grandes discussões de ampla abrangência, dentro da temática capacidade funcional, que é o grande desafio do século XXI, visando tornar a atividade física uma prioridade no aumento do nível de saúde e reduzir os riscos de doenças crônico-degenerativas passando a ser ponto vital para essa população. Pois, o envelhecimento da população mundial toma elevadas proporções anualmente. Nesse sentido, tratar de envelhecimento saudável, promover a saúde e o bem estar da pessoa que envelhece deve ser a preocupação geral em todo mundo e, especificamente no Brasil que, segundo o censo de 2010, a representatividade de idosos corresponde a 7,4% da população com mais de 65 anos. Os dados alarmantes de sedentarismo nessa faixa etária justificam o estudo proposto.

2 - OBJETIVOS DA PESQUISA

2.1 GERAL

- Levantar as condições de vida de idosos praticantes de exercício físico do Grupo Renascer da Universidade de Ribeirão Preto-UNAERP-SP.

2.2 ESPECÍFICOS

- Conhecer as patologias que acometem os idosos;
- Levantar hábitos de vida dos idosos;
- Identificar procedimentos dos idosos, destinados à manutenção da vida, da saúde e do bem estar (autocuidado)
- Identificar fatores sociais, culturais e econômicos, que intervêm negativa ou positivamente na qualidade de vida da população de idosos.

3 - PROCEDIMENTOS A QUE VOCÊ SERÁ SUBMETIDO

A pesquisa será realizada em dois momentos: o primeiro será das explicações, procedimentos, interpretação do questionário que serão submetidos, todas as dúvidas deverão ser esclarecidas para que não haja erro de preenchimento. Num segundo momento, deverão ser levados para uma sala de aula

onde comodamente deverão receber o instrumento de avaliação e preencher a contento.

Após o término das duas etapas caracterizando o término da pesquisa. O tempo médio das duas etapas será de uma hora, em dois dias distintos.

Você tem a garantia do sigilo e do caráter confidencial das informações que estará prestando à pesquisadora, está garantida sua privacidade.

Haverá benefícios diretos desta pesquisa para você, que poderá obter novos conhecimentos, e suas informações serão extremamente valiosas no sentido de planejamentos futuros envelhecentes.

4 - ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa baseada em sua participação nas atividades de cada dia, portanto, não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivo, direcionado a você ou a qualquer outro indivíduo. No entanto, por tratar-se de informações pessoais e de caráter sigiloso, o seu consentimento livre e esclarecido é necessário.

5 - OUTRAS INFORMAÇÕES

É garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo.

Será mantida a confidencialidade. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros profissionais, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Será garantido à (o) Sr^a ou Sr. o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa.

Comprometo-me a utilizar os dados somente nesta pesquisa.

Não há despesas para a participação em qualquer fase do estudo, mas também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Ribeirão Preto, ____/____/____

Assinatura do participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste indivíduo para a participação deste estudo.

Prof^a Dr^a Silvia Sidnéia da Silva

RG: 20907158

CPF: 144427278-05

Laura Umbelina Perna Vecchi

RG: 56989489

CPF: 862823608

Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP)
Av. Costábile Romano, n. 2201, Bairro Ribeirânia, Ribeirão Preto-SP
Fone: (16) 3603-6736 e 3603-6887

ANEXO A

Escala Modificada de Barthel

Nome: _____ D.N. / / HD: _____

<p>CATEGORIA 1: HIGIENE PESSOAL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O paciente é incapaz de realizar higiene pessoal sendo dependente em todos os aspectos. 2. Paciente necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal. 3. Alguma assistência e necessária em um ou mais passos da higiene pessoal. 4. Paciente é capaz de conduzir a própria higiene, mas requer mínima assistência antes e/ou depois da tarefa. 5. Paciente pode lavar as mãos e face, limpar os dentes e barbear, pentear ou maquiar-se.
<p>CATEGORIA 2: BANHO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente dependente para banhar-se. 2. Requer assistência em todos os aspectos do banho. 3. Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; incluindo a incapacidade em completar a tarefa pela condição ou doença. 4. Requer supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água ou na transferência. 5. O paciente deve ser capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente.
<p>CATEGORIA 3: ALIMENTAÇÃO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dependente em todos os aspectos e necessita ser alimentado. 2. Pode manipular os utensílios para comer, usualmente a colher, porém necessita de assistência constante durante a refeição. 3. Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, como colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, passar manteiga, virar o prato ou montar a mesa. 4. Independência para se alimentar um prato previamente montado, sendo a assistência necessária para, por exemplo, cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa. 5. O paciente pode se alimentar de um prato ou bandeja quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, serve-se de temperos, passar manteiga, etc.
<p>CATEGORIA 4: TOALETE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente dependente no uso vaso sanitário. 2. Necessita de assistência no uso do vaso sanitário 3. Pode necessitar de assistência para se despir ou vestir, para transferir-se para o vaso sanitário ou para lavar as mãos. 4. Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso do sanitário. Um penico pode ser usado a noite, mas será necessária assistência para seu esvaziamento ou limpeza. 5. O paciente é capaz de se dirigir e sair do sanitário, vestir-se ou despir-se, cuida-se para não se sujar e pode utilizar papel higiênico sem necessidade de ajuda. Caso necessário, ele pode utilizar uma comadre ou penico, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar.
<p>CATEGORIA 5: SUBIR ESCADAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O paciente é incapaz de subir escadas. 2. Requer assistência em todos os aspectos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares. 3. O paciente é capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência. 4. Geralmente, não necessita de assistência. Em alguns momentos, requer supervisão por segurança. 5. O paciente é capaz de subir e descer, com segurança, um lance de escadas sem supervisão ou assistência mesmo quando utiliza os dispositivos.
<p>CATEGORIA 6: VESTUÁRIO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O paciente é dependente em todos os aspectos do vestir e incapaz de participar das atividades. 2. O paciente é capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspectos relacionados ao vestuário 3. Necessita assistência para se vestir ou se despir. 4. Necessita assistência mínima para abotoar, prender o soutien, fechar o zipper, amarrar sapatos, etc. 5. O paciente é capaz de vestir-se, despir-se, amarrar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou órtese, caso eles sejam prescritos.
<p>CATEGORIA 7: CONTROLE ESFINCTERIANO (BEXIGA)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O paciente apresenta incontinência urinária. 2. O paciente necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento. 3. O paciente pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem freqüentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados. 4. O paciente pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais. 5. O paciente tem controle urinário, sem acidentes. Pode usar supositório quando necessário.

ANEXO B

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EXERCÍCIO FÍSICO NA TERCEIRA IDADE E A MELHORIA DA CAPACIDADE FUNCIONAL: PARADIGMA DE ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Pesquisador: Sílvia Sidnéia da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 09727712.0.0000.5498

Instituição Proponente: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 218.712

Data da Relatoria: 17/03/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto propõe investigar o exercício físico como preservação da capacidade funcional frente ao processo de envelhecimento e as especificidades da atenção à saúde do idoso, avaliando o nível de independência/dependência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida diária como comer, higiene pessoal, uso de sanitários, tomar banho, vestir e despir, controle de esfínteres, deambular, subir e descer escadas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Levantar as condições de vida de idosos praticantes de exercício físico do Grupo Renascer da Universidade de Ribeirão Preto-UNAERP-SP.

Objetivo Secundário: 1) Conhecer as doenças que acometem os idosos; 2) Levantar hábitos de vida dos idosos; 3) Identificar procedimentos dos idosos, destinados à manutenção da vida, da saúde e do bem estar (autocuidado); 4) Identificar fatores sociais, culturais e econômicos que intervêm negativa ou positivamente na qualidade de vida na população de idosos.

avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não haverá situação de risco para os participantes durante o estudo, uma vez que eles somente realizarão atividades no grupo Renascer após avaliação de seus médicos responsáveis que autorizam suas participações nas atividades físicas.

Benefícios: Conforme já comentado, a pesquisa não oferece riscos e as atividades proporcionam

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3603-6779 **Fax:** (16)3603-6817 **E-mail:** cetica@unaerp.br

CONTINUAÇÃO DO ANEXO B

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



apenas benefícios, pois têm a finalidade de possibilitarem bem estar e melhora na qualidade de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo do tipo probabilístico e de abordagem sistemática cuja amostra envolve 53 idosos praticantes, 08 do sexo masculino e 45 do sexo feminino, de exercícios físico do Grupo Renascer da Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP-SP. A autorização para realização da pesquisa e o orçamento estão adequados. Os critérios de inclusão de sujeitos nesse estudo consideraram ser alunos inscritos no Grupo Renascer, com idade entre 60 e 86 anos; ser assíduo às atividades programadas; praticar as atividades por no mínimo três vezes por semana e aceitar participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Os critérios de exclusão incluíram ser alunos inscritos no Grupo Renascer, com idades inferiores a 60 anos. Os critérios de descontinuidade considerarão os idosos que por algum motivo se ausentarem de uma das etapas do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE da forma em que foi apresentado está como parte do projeto e não um documento específico, em separado. Está anexado como 1 e 2 na Plataforma Brasil. Solicita-se transformá-lo em um único documento.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- 1) Adequar o TCLE;
- 2) Atualizar o cronograma que define a coleta de dados para novembro e dezembro de 2012. Considerando que a reunião do Comitê ocorre em 27 de novembro, a coleta de dados para a pesquisa fica comprometida.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A lista de Inadequações foi atendida na íntegra e portanto o projeto de pesquisa está APROVADO.

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
 Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
 Telefone: (16)3603-6779 Fax: (16)3603-6817 E-mail: cetica@unaerp.br

CONTINUAÇÃO DO ANEXO B

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



RIBEIRAO PRETO, 14 de Março de 2013

Assinador por:
Luciana Rezende Alves de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Av.Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6779 **Fax:** (16)3603-6817 **E-mail:** cetica@unaerp.br