

# **SENILIDADE ATIVA, ANALISE BASEADO NA OBRA: A APTIDÃO FÍSICA FUNCIONAL, A CAPACIDADE FUNCIONAL E A QUALIDADE DE VIDA DE IDOSAS SUBMETIDAS AO PROGRAMA MENOPAUSA EM FORMA EM BELÉM-PA-BRASIL.**

**Antonia Alves dos Santos\***

**Maria das Graças Gonçalves dos Santos\*\***

## **RESUMO**

O artigo aborda uma temática emergente em nível mundial a senilidade ativa, uma análise baseado na obra: A aptidão física funcional, a capacidade funcional, a qualidade de vida de idosas submetidas ao programa menopausa em forma em Belém-Pa-Brasil, apesar das dificuldades enfrentadas, as condições de vida do brasileiro, esta bem diferente daquelas da década de cinquenta, na metade do século vinte, este era um país de jovens, com elevadas taxas de natalidade e de mortalidade, em especial a infantil. A grande maioria das pessoas não chegava à velhice, pois morria antes dos 50 anos em decorrência principalmente de doenças infecciosas e parasitárias.

Tem como justificativa, informar aos seu leitores a importância da prática de atividade física para o público da terceira idade, que com o passar do tempo, obriga o profissional da saúde a ter conhecimentos específicos e amplos na área da geriatria e gerontologia. Envoltos no problema encontrado foi a insuficiência de projetos sociais que incluam programas de atividades físicas para mulheres menopausadas objetivando: mudanças da vida diária e das sensações corporais agradáveis; uma maior disposição; a alteração de quadros de doenças com supressão ou diminuição do uso de medicamentos; o resgate da condição de eficiência; a independência e capacidade, levando os idosos a serem novamente ativos e abertos para o mundo devolvendo-lhes uma das possibilidades do ser, que é a motilidade primordial que predispõe à ação. O objetivo geral foi analisar a obra do autor César Augusto de Souza Santos (2011), que tem como tema: “A aptidão física funcional, a capacidade funcional e a qualidade de vida de idosas submetidas ao programa Menopausa em forma, em Belém-PA-Brasil.”. A metodologia utilizada foi descritivo-reflexiva, com dados fundamentados na literatura, em livros e artigos científicos retirados do banco de dados Scielo, onde encontramos artigos nacionais que discutem a situação de idosos e idosas no país. Pesquisa com base na revisão da literatura foram realizadas para fazer uma síntese das

informações disponíveis sobre o tema senilidade ativa, a aptidão física funcional, a capacidade funcional e a qualidade de vida de idosas submetidas ao programa menopausa em forma. Além disso, procurou-se abordar artigos sobre a importância da aptidão física funcional, a capacidade funcional e a qualidade de vida para garantir equidade entre gêneros e conseqüentemente valorizar a mulher na idosa na idade da menopausa.

**Palavra-chave:** senilidade ativa, capacidade funcional, aptidão física e qualidade de vida.

---

**Antonia Alves dos Santos\***

Bacharel em Serviço Social, especializanda em Gerontologia Social

e-mail: antoniaalves@iec.pa.gov.br

**Maria das Graças Gonçalves dos Santos\*\***

Bacharel em Serviço Social, especializanda em Gerontologia Social

e-mail: ggffbs@gmail.com

## 1- INTRODUÇÃO

Cada ano que passa verifica-se que a sociedade tende a tornar-se mais comodista, cada vez menos ativa, isto deve-se, grande parte, ao contínuo crescimento e evolução das novas tecnologias (computador, televisão, internet, etc.). Estas tecnologias permitem realizar tarefas, que há uns anos atrás eram impossíveis, mas que nos nossos dias realiza-se com uma enorme facilidade.

Os jovens e os idosos, são dois escalões etários, que é necessário despertar o interesse para a prática do exercício e da atividade física (AF). Os idosos parecem estar mais atentos à prática de atividades físicas, pois são eles que tomam iniciativa de praticar e de lucrar com os resultados.

Segundo Sardinha & Martins (1999) “apesar de ainda não estar suficientemente documentado o contributo relativo do sedentarismo e do processo de envelhecimento na redução da funcionalidade, é conhecido que algumas das alterações morfológicas e funcionais parecem estar mais associadas à maior taxa de sedentarismo das pessoas idosas do que à diminuição das capacidades funcionais”.

Desta constatação podemos verificar o quanto a adoção de estilos de vida ativos poderá influenciar o grau de envelhecimento. Mas está comprovado que, entre outros benefícios, é conhecido

que a atividade física tende a prevenir a osteoporose, a obesidade, a hipertensão (ACSM, 2001). Também se verifica que à medida que envelhecemos, as razões para realizar atividade física modificam-se e tornam-se uma prática cada vez mais virada para saúde para a prevenção de doenças e assegurar a qualidade de vida nas faixas etárias mais elevadas (Pinto, 2001).

Viver os nossos últimos anos sendo cidadãos ativos e independente dependerá da nossa capacidade funcional. Com o avançar da idade diminui a quantidade total de atividade física por parte dos idosos, o que contribui para uma concomitante quebra da capacidade funcional (Nunes, 1999).

Temos como justificativa, que à medida que a idade avança, as razões pela prática de atividades físicas modificam-se e torna-se uma prática cada vez mais virada para a saúde, pela prevenção de doenças e assegura a qualidade de vida nas faixas etárias mais elevadas. Pois viver nos últimos anos sendo indivíduos ativos e independentes dependerá da nossa capacidade funcional (Botelho, 2001 *in* Pinto, 2001). Visto que a prevenção de doenças, nas idades mais avançadas, é quase inexistente, pois as doenças já se encontram estabelecidas. Bem como informar aos seu leitores a importância da prática de atividade física para o público da terceira idade, que com o passar do tempo, obriga o profissional da saúde a ter conhecimentos específicos

e amplos na área da geriatria e gerontologia

Diante do exposto o presente artigo constitui como problema a insuficiência de projetos sociais que incluam programas de atividades físicas para mulheres menopausadas objetivando: mudanças da vida diária e das sensações corporais agradáveis; uma maior disposição; a alteração de quadros de doenças com supressão ou diminuição do uso de medicamentos; o resgate da condição de eficiência; a independência e capacidade, levando os idosos a serem novamente ativos e abertos para o mundo devolvendo-lhes uma das possibilidades do ser, que é a motilidade primordial que predispõe à ação.

Tem como objetivo geral através da revisão da literatura, analisar a obra do autor César Augusto de Souza Santos (2011), que tem como tema: “A aptidão física funcional, a capacidade funcional e a qualidade de vida de idosas submetidas ao programa Menopausa em forma, em Belém-PA-Brasil.”, haja vista o aumento do envelhecimento populacional feminino e discutir a situação de vulnerabilidade de idosas na menopausa, enfatizando a importância das ações em promoção de saúde diante deste processo.

Para elucidar o objetivo geral se fez necessário avaliar a aptidão física das idosas, se fez necessário determinar a capacidade funcional, bem como investigar a qualidade de vida das idosas,

submetidas ao programa menopausa em forma em Belém-PA-Brasil;

A fim de melhor atender aos objetivos propostos, foi realizada uma pesquisa descritiva, para expor as características de aptidão física funcional, a capacidade funcional e a qualidade de vida de idosas submetidas ao programa Menopausa em forma.

A metodologia utilizada foi descritivo-reflexiva, com dados fundamentados na literatura, em livros e artigos científicos retirados do banco de dados Scielo, onde encontramos artigos nacionais que discutem a situação de idosos e idosas no país.

Foi realizada uma pesquisa com base na revisão da literatura para fazer uma síntese das informações disponíveis sobre o tema senilidade ativa, a aptidão física funcional, a capacidade funcional e a qualidade de vida de idosas submetidas ao programa menopausa em forma. Além disso, procurou-se abordar artigos sobre a importância da aptidão física funcional, a capacidade funcional e a qualidade de vida para garantir equidade entre gêneros e conseqüentemente valorizar a mulher na idosa na idade da menopausa.

## **2- REFERENCIAL TEORICO**

Conforme dados do IBGE 1991, o Brasil, atualmente, apresenta um contingente de aproximadamente 21 milhões de idosos (pessoas com idade igual ou superior a 60 anos); em 2025 esse número passará para 32 milhões,

quando o Brasil ocupará o sexto lugar no mundo em população idosa, e em 2050 o percentual de idosos será igual ou superior ao de crianças de 0 a 14 anos.

Entretanto, o processo de envelhecimento varia de pessoa para pessoa e pode ser influenciado tanto por fatores genéticos como pelo estilo de vida para evitar problemas essas doenças que surgem nessa faixa de idade, como hipertensão, osteoporose, diabetes mellitus, arterosclerose, pode ser adotado um programa equilibrado com atividades físicas e alimentação balanceada, orientadas por profissionais qualificados, previnem e até retardam o desenvolvimento de doenças. A prática regular de exercícios retardam o desenvolvimento de doenças. A prática regular de exercícios faz com que a pessoa se sinta bem tanto fisicamente como mentalmente (Cardoso *et al.*,2008).

Atualmente está comprovada que quanto mais ativa é uma pessoa menos limitações físicas ela tem (ACSM, 1998). Dentre os inúmeros benefícios de quem pratica exercícios físicos e proteção da capacidade funcional em todas as idades, principalmente nos idosos.

Por capacidade funcional entende-se “a capacidade de realização de atividades relacionados com o cuidado pessoal de forma autônoma e com a capacidade do idoso viver em comunidade” (Andeotti,1999).

Sendo assim a manutenção da independência e qualidade de vida dos

idosos torna-se uma necessidade á que o envelhecimento e a vulnerabilidade é aumentado para doenças e a mortalidade (Kanel *et al.*) e é um processo que envolve várias transformações no organismo, principalmente no que diz respeito à perda de capacidade e integridade do sistema músculo esquelético (Marin *et al.*, 2003). As mudanças na composição corporal e as alterações neurológicas influenciam diretamente na queda da massa muscular e conseqüentemente no declínio da força, indispensável para realização das atividades diárias do idoso (Fleck & Kraemer, 2006).

O grau de dependência funcional do idoso guarda relação com as condições socioeconômicas e capacidade de autocuidado, juntamente com a saúde física e mental. Tais fatores refletem na qualidade de vida (QV) do idoso, já que esta pode ser definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores no qual vive, e em relação às suas expectativas, preocupações e objetivos de vida. (Ricci *et al.*,2005).

## **2.1- O DESAFIO SOCIAL DO ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO**

A partir do momento em que um indivíduo é concebido, ele sofre constantes modificações. Este movimento segue uma linha, com a fase de concepção, do nascimento, da infância, da

idade adulta, da velhice e da morte. Essa sequência de acontecimentos é definida como um processo universal, irreversível, heterogêneo e intrínseco chamado de "envelhecimento" (ROSSI e GROENWALD, 2005).

O envelhecimento populacional é, hoje, um proeminente fenômeno mundial, o que significa um crescimento mais elevado da população idosa com relação aos demais grupos etários. Este processo pode ser considerado como dinâmico e progressivo, fazendo com que nos últimos anos, o número de idosos tenha crescido significativamente, atingindo nos dias atuais um contingente nunca visto.

Segundo o IBGE, a proporção de idosos subiu 9,1% em 1999 para 11,3% em 2009. Hoje a população de idosos está acima de 22 milhões de pessoas, superando a população de idosos de vários países europeus como a França, a Inglaterra e a Itália, de acordo com estimativas das Nações Unidas. E a expectativa de vida tem aumentado de forma impressionante entre os idosos acima de 80 anos. Entre os anos de 1997 e 2007, a população de 60-69 anos cresceu 21,6%, e a de mais de 80 aumentou 47,8%.

Da diminuição constante da taxa de natalidade em que as gerações deixam de ser substituídas numericamente e o lugar dos adultos e dos "velhos" aumenta no total. O declínio da taxa de natalidade está associado a diversos fenômenos, como a redução da nupcialidade, o

casamento tardio, a emancipação da mulher e a sua maior participação no mercado de trabalho. Também a generalização dos métodos contraceptivos e os encargos sociais acrescidos decorrentes de uma família numerosa são fatores que condicionam uma baixa de nascimentos.

Do aumento "significativo" da esperança de vida, resultante das melhores condições sociais e tecnológicas, dos progressos da medicina preventiva, curativa e reabilitadora. Nazareth (1998) acrescenta que: "para além da dinâmica das inter-relações entre mortalidade e natalidade não podemos ignorar o conceito de "nicho ecológico humano". O homem é um ser dotado de uma grande mobilidade e as migrações, ao serem seletivas, produzem necessariamente impactos estruturais importantes.

A conjugação de todos estes fatores convergem para mudanças significativas no contexto demográfico e começam a acarretar uma série de previsíveis consequências sociais, culturais e epidemiológicas que merecem, de fato, uma reflexão aprofundada.

A região Norte, apesar do contínuo envelhecimento observado nas duas últimas décadas, ainda apresenta uma estrutura bastante jovem, devido aos altos níveis de fecundidade no passado. A proporção de idosos de 65 anos ou mais passou de 3,0% em 1991 e 3,6% em 2000 para 4,65 em 2010. A região Nordeste

ainda tem, igualmente, e sua proporção de idosos passou de 5,1% em 1991 a 5,8% em 2000 e 7,2% em 2010. (IBGE, 2010).

Sudeste e Sul apresentam evolução semelhante da estrutura etária, mantendo-se como as duas regiões mais envelhecidas do País. Em 2010, as regiões tinham 8,1% da população formada por idosos com 65 anos respectivamente, de 6,5% e 6,4%. A região Centro-Oeste apresenta uma estrutura etária e uma evolução semelhantes às do conjunto da população do Brasil. Onde a população de idosos teve um crescimento, passando de 3,3% em 1991, para 4,3% em 2000 e 5,8% em 2010. (IBGE,2010).

O desafio do Brasil, principalmente para seus sistemas frágeis de saúde e previdenciário é investir na promoção da autonomia e da vida saudável desse grupo social, assim como promover atenção adequada às suas necessidades, pois esse novo modelo populacional requer planejamento, logística, formação de cuidadores e, sobretudo, sensibilidade para saber que de agora em diante a população idosa veio para ficar e continuará aumentando até os anos de 2050 (MYNAIO, 2012).

O processo de envelhecimento torna o idoso mais vulnerável aos diferentes graus de funcionalidade do nosso corpo onde a mesma se torna mais lenta, com o decorrer dos anos.

Verifica-se, portanto, que o aumento da população idosa gera necessidades de mudanças na estrutura social para que estas pessoas, ao terem suas vidas prolongadas, não fiquem distantes de um espaço social, em relativa alienação, inatividade, incapacidade física, dependência, conseqüentemente sem qualidade de vida.

## **2.2 - A FEMINIZAÇÃO DA VELHICE – MENOPAUSA**

Em, 1996, dos 12,4 milhões de idosos,54,4% eram do genero feminino. Isso se deve à sua mais elevada taxa de crescimento relatiamente à do segmento masculino. Como consequencia, quanto “mais velho” for o contingente estudado maio a proporção de mulheres neste. A predominancia da população feminina entre os idosos tem repercussões importantes nas demandas por politicas públicas. Uma delas diz respeito ao fato de que embora as mulheres vivam mais do que os homens, elas estão sujeitas as deficiências físicas e mentais do ques parceiros masculinos. Outra refere-se à elevada proporção de mulheres morando sozinhas 14% em 1998. Em 1995, a maior parte do contingente feminino (74%) era formada por viúvas. É possivel que boa parte desse último gupo não tenha experiencia de trabalho no mercado formal, seja menos educado, o que requer uma assistencia maior tanto do Estado quanto das famílias.

Com o aumento da experiência de vida, as mulheres passaram a sobreviver um tempo suficiente para poder experimentar mudanças em seus corpos, o que muitas de gerações anteriores não conseguiram vivenciar. As mulheres que hoje chegam na menopausa, fazem parte da geração *baby boom*, que é caracterizada por pessoas que nasceram após a Segunda Grande Guerra Mundial. Essa geração foi, em grande parte, a responsável por mudanças sócio-culturais importantes, principalmente na década de 60 do século passado e estão promovendo uma redefinição da idade madura (Oliveira, 1999).

Estudos em que foi questionado à população em geral sobre o que é climaterio ou menopausa, verificaram-se que a quantidade e a qualidade das informações são muito baixas (Santos, 2002). Pesquisas comparativas mostram que em algumas sociedades não existe um termo, empírico ou científico, equivalente para a menopausa. Os sintomas que são identificados no Ocidente podem estar ausentes em outras sociedades, ou se presentes, tidos como insignificantes. Podemos, portanto, depreender que a consciência e a percepção social da imagem do corpo não são universais (Featherstone, 1994; Hardy *et al.*, 1995; Uchôa, 2003).

Na mulher, além das alterações fisiológicas decorrentes da idade e da inatividade física, ocorrem outras em função da menopausa. Segundo WHO

(1996), menopausa é a cessação permanente da menstruação resultante da falência ovariana, caracterizada pela ocorrência de doze meses consecutivos de amenoreia (menopausa natural). Neste período ocorre aumento dos hormônios folículo-estimulante (FSH) e luteinizante (LH) e diminuição dos níveis de estrogênios e progesterona. Essas alterações, somadas as outras decorrentes do envelhecimento, podem acelerar ocorrências de doenças como osteoporose e aterosclerose (Halbe & Fonseca, 2000), contribuir para o desencadeamento da hiperlipidemia (Davidson *et al.*, 2002) e a doença cardiovascular (Jousilahti *et al.*, 1999).

A OMS (1996) recomenda a utilização dos termos: “menopausa natural” para o evento da parada permanente da menstruação que é resultante da perda da atividade folicular dos ovários e só é reconhecido retrospectivamente depois um ano de amenorréia, sem outra causa patológica ou psicológica.

### **3- APTIDÃO FÍSICA FUNCIONAL DO IDOSO**

A avaliação do nível de aptidão física de uma população é importante porque reflete os resultados da atividade física regular e é um forte preditor de saúde e das habilidades funcionais (Brach *et al.*, 2004; Stevans *et al.*, 2004).

A aptidão física, relacionada à saúde, pode ser definida como a



capacidade de realizar as atividades do cotidiano com vigor e energia e demonstrar menor risco de desenvolver doenças ou condições crônicas degenerativas, associadas a baixos níveis de atividade físicas. (Nahas, 2001).

Os componentes da aptidão física relacionados à saúde e que podem ser influenciados pelas atividades físicas habituais são: a aptidão cardiorrespiratória, a força e resistência muscular, a flexibilidade e a composição corporal (ACSM, 2006).

O conceito de aptidão, segundo a bibliografia por nos consultada, adquire diferentes formas de expressão, como foi referido anteriormente. Deste modo, não deve ser entendida como um termo unifatorial, mas como um conjunto de atributos referentes a um indivíduo, que pode apresentar-se de forma diferenciada nas diversas fases da vida (ACSM, 2000; Nahas, 2003).

A manutenção dos níveis de flexibilidade é importante para a realização da AVD, como calçar os sapatos, subir escadas ou colocar e retirar objetos de prateleiras. Há evidências de que níveis elevados de flexibilidade associam-se significativamente com a diminuição de episódios de lombalgias, incidência de lesões, alterações no equilíbrio e na postura, bem como ocorrência de quedas em idosos (Geraldes et al., 2007).

A inatividade física e a baixa aptidão cardiorrespiratória (também

conhecida como potência aeróbica) têm sido apresentadas como preditores de mortalidade tão relevantes quanto outros preditores bastante conhecidos (hipercolesterolemia, diabetes, obesidade e hipertensão – De Carvalho et al., 2007).

Diversos estudos internacionais têm sido publicados como forma de sugerir valores antropométricos de referência para a população idosa. Alguns realizados em amostras representativas, outros realizados em amostras grandes de grupos específicos. No Brasil, foram realizados alguns estudos que envolveram a população idosa não institucionalizada (Barreto et al., 2003) e institucionalizada (Cordeiro, 1994). No entanto, ainda são necessários mais estudos antropométricos com esse segmento da sociedade, para uma maior contribuição no desenvolvimento das atividades físicas do idoso.

### **3.1- A CAPACIDADE FUNCIONAL NO IDOSO**

De acordo com a *American Geriátrica Society* (Matsudu, 2001), as atividades da vida diária (AVD) são classificadas como: básicas (ABVD), intermediárias/instrumentais (AIVD) e avançadas (AAVD).

As ABVD são referidas como: tomar banho e vestir-se, levantar-se e sentar-se, caminhar a uma pequena distância; ou seja, atividades de cuidados pessoais básicos e, as AIVD como: cozinhar, limpar a casa, fazer compras,

jardinagem; ou seja as atividades mais complexas da vida cotidiana (Matsudo, 2001). As AAVD estão relacionadas a uma necessidade maior de independência.

As atividades intermediárias da vida diária (AIVD), levam em consideração ações mais complexas, cuja independência para o seu desempenho está diretamente relacionada com a capacidade de a pessoa viver em comunidade, ajuda a pessoa a identificar a capacidade de adaptação ao meio e incluem atividades variadas, permitindo uma análise da conveniência ou não, da pessoa viver sozinha.

Nessas atividades estão incluídas dimensões como usar telefone, realizar viagens, preparar a alimentação, realizar compras, desenvolver trabalhos domésticos, usar corretamente medicamentos e controlar o orçamento doméstico. Cada item representa uma tarefa complexa, composta por muitos componentes, que se relacionam com capacidades aprendidas, as quais dependem tanto do ambiente como das características intrínsecas de cada um, indicando a capacidade da pessoa em levar uma vida independente dentro da comunidade (Duarte, 2003; Gomes, Diogo, 2004; Krause e Silva, 2006).

A independência funcional requer uma complexa interação de fatores biológicos, fisiológicos, sociais, ambientais, sendo fundamental a

identificação desses fatores para a prevenção funcional (Foldvari et al., 2000).

De acordo com a Política Nacional do Idoso, estabelecida em 13/12/1999, entende-se por capacidade funcional a manutenção das habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma (Estatuto do Idoso, 2003).

Possuir autonomia funcional é poder realizar de forma independente e satisfatoriamente suas AVD, concomitantemente com suas relações de viver de maneira autônoma e independente significa possuir habilidade para executar qualquer atividade quando se tem vontade (Aragão et al., 2002; Abreu et al., 2002).

Para Aragão e Dantas (2003) a motricidade equilibrada e o ajustamento psicossocial são refletidos na harmonia da ergomotricidade e auto-imagem do ser humano, estando diretamente relacionado à manutenção da independência e autonomia funcional nas AVD.

As alterações frente ao envelhecimento podem ser agravadas devido a um estilo de vida sedentário, tendo um efeito dramático sobre a independência ou autonomia dos idosos, principalmente quando esses estão com suas habilidades físicas sendo exercidas próximas do nível máximo, onde qualquer esforço adicional poderá trazer facilmente comprometimento em sua autonomia (Armbruster & Gladwin, 2001).

Existe um consenso científico de que os exercícios regulares tendem a retardar e/ou impedir o processo de doenças crônicas degenerativas do sistema locomotor pois acarretam diversas adaptações fisiológicas, visto que o sistema músculo-esquelético funcionalmente adequado é primordial para a manutenção da capacidade funcional e da independência (Amorim e Dantas, 2003; Aragão & Dantas, 2003; Rabelo & Oliveira, 2003).

#### **4- A QUALIDADE DE VIDA NO IDOSO**

A avaliação da qualidade de vida é baseada na percepção do indivíduo sobre o seu estado de saúde, a qual também é influenciada pelo contexto cultural em que este indivíduo está inserido. A avaliação da saúde engloba aspectos gerais da vida e do bem-estar do indivíduo, portanto, experiências subjetivas contribuem de forma importante como parâmetro de avaliação e julgamento dos próprios indivíduos (Bowling, 1995; Fitzpatrick et al., 1992).

O termo qualidade de vida tem recebido uma variedade de definições ao longo dos anos: (a) pode se basear em três princípios fundamentais: capacidade funcional, nível socioeconômico e satisfação (González, 1993); (b) também pode estar relacionada com os seguintes componentes: capacidade física, estado emocional, interação social, atividade intelectual, situação econômica e auto proteção de saúde (Hornquist,

1990) e (c) na realidade o seu conceito varia de acordo com a visão de cada indivíduo (Dantas, 2002). Para alguns autores ela é considerada como unidimensional (relacionado apenas à saúde), enquanto, para outro, é conceituada como multidimensional – aspectos de saúde e psicossociais (Zhan, 1992).

Assim como é difícil conceituar qualidade de vida, a sua medida também é, já que ela pode sofrer influência de valores culturais, éticos e religiosos, bem como valores e percepções pessoais. Esse caráter de subjetividade de que se reveste o conceito de qualidade de vida baseia-se na realidade individual que converge no subjetivismo, constituindo-se, assim, num conceito muito complexo e de difícil avaliação (Hornquist, 1990).

Avaliar a qualidade de vida do idoso implica a adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e sócio estrutural, pois vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem estar na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, status social, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos (Neri, 1993).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) a partir do início dos anos 90 constatou que as medidas de qualidade de vida revestem-se de particular

importância na avaliação de saúde, tanto dentro de uma perspectiva individual como social (Orley & Kuyken, 1994). Há múltiplas escalas de avaliação de qualidade de vida. Todavia, existem diferenças em relação aos aspectos conceituais subjacentes, à importância dada à subjetividade em detrimento da objetividade na escolha dos itens, bem como à natureza e ao peso de cada domínio para avaliação de qualidade de vida como recurso gerador de conceitos pertinentes à população em questão a serem posteriormente averiguados sob o enfoque psicométrico (Farquar, 1995; WHOQOL, 1995). Em função desta particularidade, tem sido ressaltada a importância da utilização da metodologia qualitativa.

O *World Health Organization Quality of Life Group* (Grupo WHOQOL) desenvolveu uma escala dentro de uma perspectiva transcultural para medir qualidade de vida em adultos. Considerou como características fundamentais o carácter subjetivo da qualidade de vida (englobando aspectos positivos e negativos), e sua natureza multidimensional. Entretanto, não é possível assumir que instrumentos adequados para avaliar o domínio saúde física, por exemplo, em populações de adultos jovens, sejam os mesmos ou apropriados para populações de adultos idosos. Há próprias especificidades conforme a faixa etária. Além disso, a magnitude do fenômeno envelhecimento,

aliada à escassez de instrumentos para avaliar tal questão, fortalece tal interesse.

Neste sentido surge o WHOQOL-OLD oferecendo uma abordagem adequada para avaliação da qualidade de vida do geronte, o qual aborda questões relativas ao funcionamento sensorial; a autonomia: as atividades passadas, presentes e futuras; a participação social; as inquietações e temores da morte e morrer; e a intimidade do idoso (Fleck et al., 2003).

A avaliação da qualidade de vida em idosos deve ser considerada multidimensional levando-se em consideração a capacidade dos idosos em lidar com as demandas do seu cotidiano, sendo, portanto, reflexos de situações vivenciadas ao longo da sua vida, como doenças crônicas e agudas, estilo e hábitos de vida (Fleck, 2008). O componente físico avalia limitações em realizar certas tarefas ou no trabalho, decorrentes dos problemas de saúde ou por dor nessas mesmas atividades, também avalia o estado de humor do indivíduo nos últimos tempos (Paixão, 2005). Em geral, os aspectos orgânicos que mais afetam os idosos são os déficits de memória, orientação e cognição, a redução da acuidade visual e auditiva, assim como a redução da mobilidade física. Os aspectos psicológicos e socioeconômicos também são de extrema relevância (Fleck, 2008).

Entretanto, o profissional deve visualizar o funcionamento global do

indivíduo, pois o estado emocional está diretamente associado à disponibilidade para a realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária, de trabalho e de lazer, independente de alguma restrição física (Fleck, 2008).

Avaliar as condições de vida do idoso reveste-se de grande importância científica e social por permitir a implementação de alternativas válidas de intervenção, tanto em programas gerontogerátricos, quanto em políticas sociais gerais, no intuito de promover o bem estar das pessoas maduras, particularmente, no nosso contexto, onde os atuais idosos são aqueles que conseguiram sobreviver às condições adversas (Néri, 1993).

#### **4.1- A PRÁTICA DA ATIVIDADE FÍSICA NA SENESCÊNCIA**

Dentre os benefícios a saúde decorrente de um estilo de vida ativo, prática regular de atividades físicas, desta forma, promove de forma bem direta:

- a) A melhora da composição corporal;
- b) A diminuição de dores articulares;
- c) O aumento da densidade mineral óssea;
- d) A melhora da utilização de glicose;
- e) A melhora do perfil lipídico;
- f) O aumento da capacidade aeróbica;
- g) A melhora de força e da flexibilidade; e
- h) A diminuição da resistência vascular (Matsudo, 2001).

Como benefícios psicossociais encontram-se o alívio da depressão, o aumento da autoconfiança e a melhora da auto-estima (Néri, 2001).

Os exercícios físicos promovem adaptações benéficas nos sistemas cardiorrespiratórios e neuromusculares, independentemente da idade que por consequência mantém as reservas orgânicas, atenuando as alterações negativas do envelhecimento (Sandvik et al., 1993 e Voorroops et al., 1993). Além disso o exercício físico demonstra efeitos positivos em relação ao controle da massa corporal, e também reduz a massa gorda, podendo auxiliar na manutenção do estado de saúde. Dessa forma, os indivíduos participantes regulares de programas de exercícios físicos, indiretamente, estarão prevenindo o aumento da vulnerabilidade e debilitação, podendo apresentar uma diferença em até 20 anos de idade cronológica quando comparados a indivíduos inativos (Shephard, 1997 e Rikli & Jones, 1999).

Atualmente, está comprovado que quanto mais ativo é uma pessoa menos limitações em tem (ACSM, 1998). Dentre os inúmeros benefícios de quem pratica exercícios físicos são promover a proteção da capacidade funcional em todas as idades, principalmente nos idosos (Andreotti & Okuma, 1999).

O tipo de exercício físico recomendado para idosos no passado era mais o aeróbico pelos seus efeitos no sistema cardiovascular e controle destas

doenças, além dos benefícios psicológicos (Blumenthal et al., 1992).

Atualmente, estudos mostram a importância dos exercícios envolvendo a autonomia do idoso (Matsudo, 2001). A atividade física também é um dos fatores que ajudam na manutenção ou aumento da aptidão física e saúde (Field et al., 2001).

Em suma, em relação ao tipo de atividade física, estudos mostram que em mulheres pós-menopausa o exercício físico aeróbico pode alterar de forma positiva a capacidade aeróbica (Riether, 2002), a percentagem de gordura corporal e o perfil lipídico e quando associado ao exercício de resistência muscular pode diminuir adiposidade, aumentar massa muscular e reduzir a glicemia (Riether, 2002), enquanto o exercício físico anaeróbico pode alterar as concentrações séricas de glicose, insulina e triglicérides das mulheres (Neiva, 1999). A atividade física habitual pode aumentar e melhorar a função endotelial e reatividade muscular, ajuda na prevenção da perda muscular e no aumento da densidade mineral óssea (Coupland et al., 1999).

As atividades físicas são importantes para que se atinja o padrão desejado em certos aspectos da qualidade de vida e da capacidade funcional nesses indivíduos. Apesar dos benefícios da prática de atividade física serem amplamente divulgados, poucos são os que realizam tais atividades regularmente, principalmente no subgrupo dos idosos.

Dentro desse contexto, estudos que busquem atualizar o conhecimento sobre a problemática do envelhecimento favorecem a aquisição de informações e promovem discussões sobre o tema, contribuindo, assim, para uma formação de profissionais competentes no cuidado com o idoso em suas diferentes nuances.

## **5- CONCLUSÃO**

Os resultados demonstraram que, independentemente da história educacional e ocupacional, o estímulo intelectual nas horas de lazer reduzem o risco de demência e atrasam o declínio cognitivo em no mínimo três anos.

Componentes psicológicos estão envolvidos, como manutenção da auto-estima e sensação de pertencer a uma rede social, mas não há como negar que a atividade física associada às atividades sociais tem o seu papel também. Novos estudos deverão avaliar se a introdução de atividades sociais na vida de um idoso pode ajudar a reduzir ou retardar o aparecimento de dependência funcional. É difícil imaginar que intervenções desta natureza não tragam resultados positivos.

Contudo, a mobilidade e funcionamento independente, aptidão física funcional, equilíbrio, marcha, atividade da vida diária, atividades instrumentais da vida diária e a qualidade de vida em mulheres com idade igual ou superior a 60 anos, pós menopáusicas, não institucionalizadas, matriculadas na Casa do Idoso, em Belém-Pa. Percebeu-

se que o idoso necessita manter um estilo de vida ativo, pois esta condição preserva sua saúde, força, mobilidade e vigor. Considerando que o processo de envelhecimento por si só pode ser uma constante ameaça à manutenção de tais condições, é que a atividade física (Programa Menopausa em Forma) surge como uma necessidade para preservar e potencializar outras dimensões, como uma necessidade para preservar e potencializar outras dimensões, como a saúde física, psíquica e mental.

Entretanto com o acompanhamento dos idosos durante as atividades desenvolvidas pelo Programa Menopausa em Forma, foram percebidas mudanças no bem estar e na disposição geral, a melhoria na aptidão física, as sensações corporais agradáveis, uma maior disposição, a alteração de quadros de doenças corporais agradáveis, uma maior disposição, a alteração de quadros de doenças com supressão de medicamentos, o que é muito importante, o resgate da condição de eficiência, levando os idosos a serem novamente ativos da condição de eficiência, levando os idosos a serem novamente ativos e abertos para o mundo, desenvolvendo-lhes uma das possibilidades do ser, que é a motilidade primordial que predispõe à ação.

Subir e descer escadas, comer e vestir-se sozinho. Essas são atividades da vida diária que algumas pessoas deixam de conseguir fazer sem ajuda quando

atingem idades mais avançadas. Uma vida social ativa pode fortalecer o sistema músculo-esquelético e circuitos cerebrais que independência funcional na velhice são os pilares da independência funcional.

## 6- REFERENCIAS

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE - ACSM. Position Stand. Exercise and physical activity for older adults. Med Sci Sport Exerc. 30 (6), 992-1008. 1998.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. *Manual de Pesquisa das Diretrizes do ACSM para os testes de esforços e sua prescrição*. Quarta Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2001.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE.- ACSM. Guideline for exercise testing and prescription. USA: Lippincott Williams & Wilkins. 2006.

ANDEOTTI, R. A. Efeitos de um programa de Educação Física sobre as atividades da vida diária em idosos. São Paulo (dissertação). São Paulo: Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo. 1999.

ANDEOTTI, R. A., OKUMA, S.S. Validação de uma bateria de testes de atividades da vida diária para idosos fisicamente independentes. Rev. Paul. Educ. Fís. 13 (1), 46-66. 1999.

ARAGÃO, Jani Cleria Bezerra de; DANTAS Estênio H.M. Treinamento da RML na autonomia e qualidade de vida dos idosos. In: DANTAS, Estênio H.M.; OLIVEIRA, Ricardo Jacó de. **Exercício, maturidade e qualidade de vida**. 2.ed. Rio de Janeiro: Shape, 2003.

ARAGÃO. Jani Cleria Bezerra de, DANTAS. Estênio H.M. Efeitos e

- resistência muscular localizada visando a autonomia funcional e a qualidade de vida do idoso. *Fitness & Performance Journal*. 1(3), 29-38. 2002.
- ARMBRUSTER, B., GLADWIN, L. More than fitness for older adults. *American College of Sports Medicine Health & Fitness Journal*. 5, fev, 6-12. 2001.
- BARRETO, S.M., PASSOS, V.M.A., COSTA, M.F.F.L. Obesity and underweight among Brazilian elderly. *The Bambuí Health and Aging Study*. *Cad. Saúde Pública*. 2003.
- BLUMENTHAL, J. A., SCHOCKEN, D. D., NEEDEL, T. L., HINDLE, P. Psychological and physiological effects of physical conditioning on the elderly. *J Psychosom Res*. 26 (5), 505-510. 1992.
- BOWLING, A. What are important in people's lives? A survey of the public's judgments to inform scales of health related quality of life *Soc Sci Med*. 41, 147-1462. 1995
- BRACH, J.S. The relationship between physical activity, obesity, and physical function in community dwelling older women. *Prev Med*. 39, 78-80. 2004
- SANTOS, César Augusto de Souza. A aptidão física funcional, a capacidade funcional e a qualidade de vida de idosas submetidas ao Programa Menopausa em forma em Belém-PA-BR. 2011.
- CARDOSO, A. S. et al. (2008) "Fatores influentes na desistência de idosos em um programa de exercício físico". *Movimento*. Vol.14, n.1, p. 225-239.
- CORDEIRO M. B. C. Adequação e avaliação do estado nutricional em relação ao zinco em grupo de idosos institucionalizados (dissertação de mestrado). São Paulo: Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP. 1994.
- COUPLAND, C.A.C., CLIFFE, S. J., BASSEY, E. I., Habitual physical activity and bone mineral density postmenopausal women in England. *Int J. Epidemiol*. 28, 241-246. 1999.
- DANTAS. Estênio H.M. Fitness, saúde, wellness e qualidade de vida. *R. Min. Edc. Fis*. 10 (1), 106-1150. 2002
- DAVIDSON, M. H., MAKI, K. C., KARP. S. K. Management of Hypercholesterolaemia Postmenopausal Women. *Drugs Aging*. 19, 169-178. 2002.
- DE CARVALHO, A. R., SALVATTI, A. T., MESQUITA, M. G., BARRETO, A. C. L. G., CUNHA JR, DANTAS. Estênio H.M. Correlação entre o consumo máximo de oxigênio de idosos obtido por mensurações indiretas com e sem exercício físico. *Fit Perf J*. 6 (6), 371-376. 2007.
- DUARTE, Y. A. O. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: LEBRÃO M. L., DUARTE, Y. A. O, organizadores. *O projeto SABE (Saúde, Bem Estar e envelhecimento) no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília (DF): OPAS. P. 185-200. 2003.
- ESTATUTO DO IDOSO. Série e Legislação de Saúde, 1ª ed. Ministério da saúde. Brasília-DF. 2003.
- FARQUAR. Elderly People's definitions of quality of life. *Soc Sci Med*, 41, 1439-1446. 1995.
- FEATHERSTONE, M. O curso da vida: corpo, cultura e o imaginário no processo de envelhecimento. *Textos Didáticos*, pp.49-71, Campinas: IFCH/UNICAMP. 1994.
- FIELD, A. E., COAKLEY, E. H., MUST, A. Impact of overweight on the risk of developing Common Chronic Diseases during a 10 years period. *Arch. Intern. Med*. 161, 1581-1586. 2001.



FLECK, M.P.A., TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLDmodule. *Ver. Saúde Pública*. 40, 785-791. 2006.

FLECK, M.P. A. Problemas conceituais em qualidade de vida; In: FLECK M. P. A A avaliação de qualidade de vida. Guia para profissionais de Saúde. Porto Alegre: Artmed. P. 19-28. 2008.

FOLDVARI ET, M. Association of muscle power with functional status in community dwelling elderly women. *J Gerontol a Biol Sci Med Sci*. 55 (4), M192-M199. 2000.

GERALDE, A. A. R., CAVALCANTE, A.P.N., ALBUQUERQUE, R. B., CARVALHO, M. J., FARINATTI, P.T.V. Correlação entre a flexibilidade multiarticular e o desempenho funcional de idosas fisicamente ativas em tarefas motoras selecionadas. *Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum*. 9 (3), 238-243. 2007.

GONZÁLES, N. M. Symposium de calidad de vida: generalidades mediciones utilizadas em medicina, elementos que la componen. *Arch Reumatol*. 4 (1), 40-42. 1993.

HARDY, E., ALVES, G., OSIS, M. J. D. Sociologia do climatério. In: PINOTTI, J .A., HALBE, H. W., HEGG, R. Menopausa. São Paulo: Roca. 9.31-36. 1995.

HALBE, H. W., FONSECA, M. A. Síndrome do climatério. In: HALBE, H.W. Tratado de Ginecologia. São Paulo: Roca. P. 1519-1557. 2000.

HORNQUIST, J.O. Quality of life: concept and assessment. *Scand J. Soc. Med*. 18, 69-79. 1990.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

(IBGE). Censo demográfico 2010. Rio de Janeiro.

JOUSILAHTI, P., VARTUANEN, E., TUOMILETO, J., PUSKA, P. Sex, age cardiovascular risk factors, and coronary heart disease: a prospective follow-up study of 14.786 middle-aged men and Menopause Status. *Metabolism*. 50,976-982. 1999.

KRAUSE, M.P., SILVA, S. G. associação entre características morfológicas e funcionais com as atividades da vida diária de mulheres idosas participantes em programas comunitários no município de Curitiba –PR (dissertação). Curitiba-PR: Universidade Federal do Paraná. Disponível em <http://dspce.c3sl.ufpr.br/dspce/bitstream/1884/6601/1/maressa.PDF>. 2006.

MATSUDO, S.M.M. Envelhecimento e atividade Física. Londrina: Midiograf. 2001.

MARIN, R. S., MATSUDO, S., MATSUDO, V., ANDRADE, E., BRAGGIO, G. Acréscimo de 1kg aos exercícios praticados por mulheres acima de 50 anos: impactos na aptidão física e capacidade funcional. *R. Bras. Ci. E Mov*. 11(1), 53-58. 2003.

MYNAIO, M.C.S.O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 28 (2): 208-209, fevereiro, 2012.

NAHAS, Markus Vinicius. Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: Conceitos e Sugestões para um Estilo de Vida Ativo. 3ª Edição *Revisada e Atualizada*. Londrina: Midiograf, 2001.

NÉRI, a. L. Maturidade e velhice. Trajetórias individuais e socioculturais. Campinas: Papyrus editora. 2001.

OLIVEIRA, M. C. Menopausa, reposição hormonal e a construção social da idade madura. In: Néri, A. L., DEBERT, G.G.

Velhice e sociedade. Campinas: Papirus. P. 69-86. 1999.

OMS, Organização Mundial de Saúde. Investigações sobre la menopausa en los años noventa. P. 1-15, Ginebra: (Serie de Informes técnicos, 866. 1996.

ORLEY, J., KUYKEN, W. Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag. P. 41-60. 1994.

RICCI., N. A., KUBOTA M. T., CORDEIRO, R. C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. Ver. Saúde Pública. 39 (4), 655-662. 2005.

RABELO, Heloíza Thomaz; Oliveira, Ricardo Jacó de. O treinamento de força e sua relação com as atividades de vida diária de mulheres idosas. In: DANTAS, Estênio H.M.; OLIVEIRA, Ricardo Jacó de. **Exercício, maturidade e qualidade de vida**. 2.ed. Rio de Janeiro: Shape, 2003.

RIETHER, P.T.A Efeito do exercício físico aeróbico e/ ou resistido associado á intervenção nutricional sobre o desempenho físico, adiposidade, glicemia e lipidemia de mulheres obsas em menopausa. (Tese). São Paulo (SP):

Universidade Estadual de Sao Paulo. 2002.

Rikli RE, Jones CJ. Development and validation of a functional fitness test for community-residing older adults. J Aging Phys Activity 1999;7: 129-61.

SANTOS, L. V. Menopausa – construindo uma nova identidade. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo. 2002.

SPIRDUSO, W. Physical Dimensions of Aging. 1ª ed. Champaign: Human Kinetics, 1995. 432p.

WHO – World Health Organization Benefits of physical activity. Disponível em [http://www.who.int/world-health-day/fact\\_sheets6.en.pdf](http://www.who.int/world-health-day/fact_sheets6.en.pdf). 2002. Acesso em 20/08/2015.

WHOQOL, The World Health Organization Quality of life assessment 8: position paper from the World Health Organization. Soc Sci med. 41(10), 1403-1409. 1995.

ZHAN, L. Quality of life: conceptual and measurement issues. J. Adv. Nurs.17(7), 795-800. 1992.