



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA
CURSO DO PRO LICENCIATURA EM EDUCAÇÃO FÍSICA
POLO PORTO VELHO-RO**

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS
PARTICIPANTES DO GRUPO “VIVER MELHOR” DO MUNICÍPIO
DE MONTE NEGRO/RO**

Cassia Leite Serejo

PORTO – VELHO/RO

2012

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS
PARTICIPANTES DO GRUPO “VIVER MELHOR” DO MUNICÍPIO
DE MONTE NEGRO/RO

Cassia Leite Serejo

Trabalho Monográfico apresentado como requisito final para aprovação na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II do Curso do Pro Licenciatura em Educação Física da Universidade de Brasília – Porto Velho-RO. Pesquisa aprovada no CEP da SS/UNB nº: 081/2012.

ORIENTADORA: JOSILENE ALMEIDA DE BARROS

Serejo, Cassia Leite

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS
PARTICIPANTES DO GRUPO “VIVER MELHOR” DO
MUNICÍPIO DE MONTE NEGRO/RO**

Monografia (Licenciatura) – Universidade de Brasília – Faculdade de Educação
Física - Curso do Pro Licenciatura em Educação Física
Polo Porto Velho – RO, 2012

59fl

Orientadora: Prof^a. Josilene Almeida de Barros .

CASSIA LEITE SEREJO

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS
PARTICIPANTES DO GRUPO “VIVER MELHOR” DO MUNICÍPIO DE
MONTE NEGRO/RO

Monografia apresentada como requisito final para
Obtenção do título de licenciada em Educação
Física, pela Universidade de Brasília, sob
orientação da professora Josilene Oliveira de
Barros.

Fernando Garcez de Melo

Daniel Oliveira de Souza

Josilene Almeida de Barros

DEDICATÓRIA

Meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que de alguma forma doaram um pouco de si para que a conclusão deste trabalho se tornasse possível:

A Deus, por acreditar que nossa existência pressupõe uma outra infinitamente superior.

A minha professora orientadora, Josilene Almeida de Barros, pelo auxílio, disponibilidade de tempo e material, sempre com uma simpatia contagiante.

E pelo fornecimento de material para pesquisa do tema.

Aos meus filhos, por acrescentar razão e beleza aos meus dias.

Aos meus pais, pelo exemplo, amizade e o carinho.

Aos idosos e funcionários da ação social por acreditarem em meu trabalho e pela ajuda durante a minha ausência da instituição, na elaboração deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, razão de todas as existências;
à minha família pelo apoio constante durante esses quatro anos;
aos meus filhos Glaucia e Hugo que abriram mão de muitas coisas para me ajudar.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA que nós deu esta grande chance de realizar este sonho, que parecia impossível.
a Prof. Josilene Almeida de Barros pelas orientações fundamentais durante o período da minha trajetória na disciplina de TCC.

Aos idosos que sem eles nada disso teria acontecido.

À amiga e professora Dalva pelo exemplo de profissionalismo, o qual não mede esforço para realizar seu trabalho com dedicação e nos ajudar nas horas de dificuldades.

À amiga Ednalda Reis, pela amizade pelo trabalho que realizamos durante nosso percurso acadêmico.

Aos meus amigos que sempre me deram força e incentivo para que nunca desistisse de meus sonhos.

Enfim a todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para que este sonho se tornasse realidade.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	VIII
LISTA DE FIGURAS.....	IX
LISTA DE QUADRO.....	X
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS E SIMBOLOS.....	XI
LISTA DE ANEXOS.....	XII
RESUMO	XIII
ABSTRACT	XIV
1. INTRODUÇÃO	13
1.1 Característica do Problema	13
1.2 Justificativa	15
1.3 Objetivo Geral	16
1.4 Objetivo específico.....	16
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1 Os direitos dos idosos.....	17
2.2 Os problemas de saúde enfrentados pelos idosos.....	19
2.3 Atividade física como método preventivo de doenças na terceira idade.....	20
2.4 Atividade física x capacidade física.....	22
2.5 Capacidade do idoso.....	23
2.6 Aptidão Funcional Geral.....	24
2.7 Validação e confiabilidade da bateria de teste da AAHPERD	25
2.8 Benefícios da atividade física.....	26
2.9 O viver bem para os idosos.....	27
3. METODOLOGIA	29
3.1 População e amostra	29
3.2 Instrumento e Procedimentos utilizados	30
4. TRATAMENTOS ESTATÍSTICOS – ANÁLISE DOS DADOS.....	34
4.1 Resultados e discussões	34
4.2 Características físicas da amostra	35
5. CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS	46
ANEXO	51

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Classificação dos testes motores e do Índice da Aptidão Funcional Geral (IAFG) referente aos pontos obtidos em cada teste da bateria da AAHPERD.

TABELA 2- Calculo do IAFG, baseado na somatória da bateria de teste de AAHPERD para os idosos do sexo masculino.

TABELA 3- Calculo do IAFG, baseado na somatória da bateria de teste de AAHPERD para as idosas do sexo feminino.

Tabela 4- Média dos resultados da bateria de teste de AAHPERD para os idosos do sexo Masculino e feminino.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Teste de agilidade e equilíbrio dinâmico (AGIL)

FIGURA 2: Ilustração do teste de coordenação (COO)

FIGURA 3: Ilustração do teste de flexibilidade (FLEX)

LISTA DE QUADROS

QUADRO: 1 Característica física da amostra por idade e sexo.

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

AV'D:	Atividade da Vida Diária;
SUS:	Sistema Único de Saúde;
IBGE:	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;
AIVD:	Atividades Instrumentais da Vida Diária;
QV:	Qualidade de Vida;
AHPERD:	Aliança Americana para Saúde Educação Física recreação e dança;
COO:	Coordenação;
FLEX:	Flexibilidade;
RESIFOR:	Resistência de Força;
AGIL:	Agilidade e Equilíbrio Dinâmico;
RAG:	Resistência Aeróbica Geral;
CRAS:	Centro de Referência da Assistência Social;
TCLE:	Termo de Consentimento Livre Esclarecimento;
IAFG:	Índice de Aptidão Funcional Geral;
CF:	Capacidade Funcional.
COBAP:	Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionista;

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1- Bateria de testes para medir a avaliação funcional dos idosos.

ANEXO 2- Ficha de auto avaliação da capacidade funcional.

ANEXO 3- Termo de consentimento livre e esclarecido de participação na pesquisa.

ANEXO 4- Termo de consentimento da participação na pesquisa.

RESUMO

A população idosa vem aumentando consideravelmente, o que contribui para uma maior expectativa de vida, gerando uma necessidade de mudanças na estrutura para uma boa qualidade de vida, pois a prática regular de atividade física sistematizadas pode contribuir para a melhoria de diversos componentes da aptidão física relacionada à saúde. Neste estudo teve como objetivo identificar a capacidade funcional dos participantes do grupo Viver melhor do Município de Monte Negro/RO. A amostra do estudo foi composta por 28 idosos sendo 18 do sexo feminino e 10 do sexo masculino na faixa etária de 60 a 79 anos de idades que participam do projeto há pelo menos 1 ano. A avaliação funcional foi realizada através da bateria de testes da AAHPERD composto de 5 testes motores no qual para cada teste obteve-se um escore-percentil, utilizando como referência a tabela de valores normativos da Aptidão Funcional Geral e baseou-se também na escala de autoavaliação da capacidade funcional desenvolvido por SPIDURSO (2001). Os resultados apontam que a média geral do grupo em relação a escala de autoavaliação ficou classificada como avançada e a bateria de testes aplicada, os classificaram num nível regular de aptidão física conforme o Índice de Aptidão Funcional Geral. Conclui-se que apesar da classificação está no nível regular, o resultado é considerado satisfatório e o programa de atividade física que o grupo está inserido contribuiu positivamente para este resultado.

Palavras-chave: Aptidão física, idoso, envelhecimento, avaliação funcional

ABSTRACT

The elderly population is increasing considerably, which contributes to a longer life expectancy, leading to a need for changes in the structure for a good quality of life, because the regular practice of systematized physical activity can contribute to the improvement of several fitness components related physical health. This study aimed to identify the functional capacity of group members live better in the city of Monte Negro / RO. The study sample consisted of 28 individuals including 18 females and 10 males aged 60-79 years of age participating in the project for at least 1 year. Functional assessment was performed by AAHPERD's test battery composed of five tests for each engine in which test yielded a score-percentile, using as reference the table of normative values of Functional Fitness General and was also based on the scale of self-assessment of functional capacity. The results indicate that the overall mean of the group in relation to self-assessment scale and was classified as advanced battery of tests applied, ranked in a regular level of physical fitness as the Functional Fitness Index General. We conclude that despite the classification level is regular, the result is considered satisfactory and the program of physical activity that the group is inserted contributed positively to this result.

Keywords: physical fitness, elderly aging, functional assessment

1- INTRODUÇÃO

1.1 Caracterização do Problema

No Brasil, o envelhecimento da população vem acontecendo de forma bastante acelerada nos últimos anos. Este fato leva a sociedade pensar e a criar novos desafios para enfrentar esta nova realidade que ocorre diante de transformações sociais, urbanas, industriais e familiares (SANTOS, 2003).

De acordo com o estatuto do idoso (2003), no ano de 2025 o percentual de brasileiros com mais de 60 anos chegará aproximadamente em 14%, que equivale a cerca de 32 milhões de idosos. Nos dias de hoje esse percentual representa 8,6 % da população. Esse aumento na longevidade provavelmente se deva a redução das taxas de mortalidade que aconteceu nas últimas décadas, o que fez com que perfil demográfico do Brasil fosse alterado. Este novo cenário nos sugere que deixamos de ser um “país de jovens” e o envelhecimento passou a ser então questão fundamental na criação políticas públicas específicas.

Sobre o assunto, Araújo (2001, p. 2) relata que promover a longevidade saudável do idoso é repensar a velhice de maneira tal que se ressalte as suas virtudes, suas potencialidades e características distintas. Corroborando, Vera (2002, acessado em 25/09/2002) sugere que o Brasil está envelhecendo em passos largos e as modificações nesta dinâmica populacional se tornam imperativas, sendo claras, e irreversíveis.

Em outros países como na Europa, por exemplo, houve uma preparação para esse processo de envelhecimento, que ocorreu de forma gradativa e bem mais lenta se comparado com o Brasil. O fato de serem economicamente e socialmente superiores a nós pode ter influenciado positivamente para essa preparação. Ainda que o envelhecimento populacional no Brasil esteja alterando o perfil de adoecimento, nos brigando a dar maior ênfase no tratamento e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, precisamos voltar nossa atenção para as políticas que promovam a saúde, que contribuam para a manutenção da autonomia, valorizando as redes de suporte de apoio social. (ESTATUTO DO IDOSO, 2003).

Considerando essa nova realidade, faz-se necessário a criação e implementação de ações em todas as áreas visando lidar com esse contingente crescente dessa população. A partir dessa nova realidade surge então a necessidade da sustentação das capacidades funcionais dessa população se tornando relevante para manutenção da sua autonomia e qualidade de vida.

Os perfis dos idosos são diferenciados e podem apresentar, desde sedentarismo, carência afetiva, perda de autonomia causada por incapacidade física e mental, fatores característicos da idade (SANTOS 2003). Neste contexto, as limitações físicas e as morbidades prevalentes contribuem para incapacidade funcional e a autonomia do idoso.

Sobre o processo de envelhecimento, Mantovani, (2007) contextualiza que em idades avançadas se associa as alterações físicas, fisiológicas, psicológicas e sociais. Está associado também ao surgimento de doenças crônicas não transmissíveis que surgem a partir de hábitos de vida inadequados como o tabagismo, alimentação inadequada, as atividades laborais e a inatividade física. Estes são importantes fatores que pode interferir na capacidade de realização das atividades rotineiras.

Em virtude desses aspectos, acredita-se que a participação do idoso em programas de exercício físico regular pode influenciar diretamente no processo de envelhecimento. Dessa forma, com um impacto positivamente sobre a qualidade e expectativa de vida, melhoria das funções orgânicas, garantia de maior independência pessoal e grande benefícios no controle, tratamento e prevenção de várias doenças (RAHL, 2007).

A falta de aptidão física e a capacidade funcional diminuída são predominantes nas causas de baixa qualidade de vida. Santos, (2008) afirma que nos idosos com o avanço da idade, ocorre uma redução da capacidade cardiovascular, da massa muscular, da força e flexibilidade musculares. Sabemos que esses efeitos são exacerbados pela falta de exercício físico e assim sendo, considerando a pretensão de investigar esse aspecto no grupo “viver melhor” surgiu o seguinte questionamento: **Qual o nível da capacidade física funcional dos participantes do grupo “Viver Melhor” do Município de Monte Negro?**

1.2- Justificativa

Sabe-se que no Brasil, a transição demográfica é fato incontestável. Pesquisas realizadas indicam que até o ano 2025, provavelmente estaremos ocupando o sexto lugar da população de idosos do nosso planeta com cerca de aproximadamente 31,8 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais (IBGE, 2007).

Ainda segundo o IBGE, (2007) este envelhecimento populacional brasileiro se caracteriza pelo acúmulo de incapacidade progressiva nas capacidades funcionais associadas a condições socioeconômicas. Teixeira et.al.(2007), afirmam a prática de atividade física regular promovem mudanças corporais, melhora a autoestima, a autoconfiança e a afetividade, bem como favorece uma maior socialização e interação. A atividade física é fator preponderante na melhoria da qualidade de vida das pessoas independentemente de idade. Em se tratando de idosos essa evidência fica ainda mais acentuada, (VERAS, 1995).

O projeto teve início com uma necessidade acadêmica de elaboração, desenvolvimento e execução prática de um projeto como requisito parcial de uma disciplina do curso. No município de Monte Negro não havia nenhum trabalho feito com idosos, então resolvi encarar o desafio e desenvolver o projeto “viver melhor” com essa população tão esquecida e abandonada no nosso país. Após a etapa da elaboração do projeto, tínhamos que arrumar um local para o desenvolvimento e a divulgação para formalizar o grupo e iniciar efetivamente o programa de atividades estipulado para o projeto. Inicialmente foi um grande desafio, uma vez que nunca havia trabalhado com essa faixa etária e minha grande preocupação era se eu conseguiria desenvolver um bom trabalho que pudesse contribuir para a qualidade de vida dessas pessoas.

No início eles tinham um pouco de receio, pois não tinham amizade uns com os outros, mas com o passar dos dias a convivência entre eles foi se fortalecendo a cada dia e o desempenho e a motivação deles para a realização das atividades superava as expectativas. Aqueles que não saíam nem de casa já passava pela casa do outro para irem juntos ao centro de convivência e sempre que um idoso começava a desanimar eles próprio tomavam a iniciativa para motivar o companheiro.

Iniciamos o projeto com 12 idosos e hoje temos 158 idosos cadastrados. Alguns idosos que mal conseguia caminhar, hoje vivem outra realidade conseguindo realizar trotes, corridas e realizando atividades no início lhes parecia impossível de realizar. Porém, com muita força de vontade e perseverança está conseguindo vencer esta grande batalha da vida.

Dessa forma, o projeto grupo “viver melhor” que atende com várias programações a comunidade idosa da cidade de Monte Negro/RO vem sendo desenvolvido desde agosto de 2008 e investigar a capacidade funcional deste grupo é de fundamental importância para avaliação da eficácia desse projeto.

Os resultados obtidos através deste estudo poderão servir de indicadores nos índices de saúde e qualidade de vida da população idosa de Rondônia, bem como poderá contribuir para implantação de novas ações e programas que beneficiem esta população.

Portanto, esta pesquisa se justifica pela necessidade de verificar a efetividade e eficácia desse projeto, bem como os benefícios adquiridos por essa população investigada após a implantação do mesmo.

1.3- Objetivo Geral:

Identificar a capacidade física funcional dos participantes do grupo Viver Melhor Município de Monte Negro/RO.

1.3.1 Objetivos Específicos:

- 1 – Realizar testes de avaliação funcional nos participantes do grupo viver melhor.
- 2 – Analisar e comparar os resultados dos testes com outros estudos similares.
- 3– Quantificar os efeitos que a prática regular da atividade física proporcionou aos participantes do projeto viver melhor.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Os direitos dos idosos

Segundo o Ministério da saúde, (2003) o Estatuto do idoso, de iniciativa do Projeto de lei nº 3.561 de 1997 de autoria do então deputado federal Paulo Paim, foi fruto da organização e mobilização dos aposentados, pensionistas e idosos vinculados à Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas (COBAP), resultado de uma grande conquista para a população idosa e para a sociedade.

Ainda sobre o Ministério da saúde, (2003) foi instituída na Câmara Federal, no ano de 2000, uma comissão específica para tratar das questões referentes ao Estatuto do Idoso, sendo destinado a regulamentar os direitos para que os idosos possam ser assegurados aos idosos, sendo considerada a idade cronológica igual ou superior a 60 anos e tendo seus direitos fundamentais de cidadania, e a assistência judiciária.

No qual estavam preocupados com a execução dos direitos pelas entidades de atendimento que o promovem, também voltar-se para sua vigilância e de defesa, por meio de instituições públicas.

Segundo Neri (2001), o Estatuto do Idoso (Lei 10.741) foi sancionado pelo presidente da República, Luis Inácio Lula da Silva, em 1 de outubro de 2003, e publicada no Diário Oficial da União 3 de outubro de 2003 garantindo e ampliando os direitos dos brasileiros com mais de 60 (sessenta) anos.

Essa política de reconhecimento e valorização do idoso está sendo implementada no Brasil de maneira gradativa. Em virtude deste grande aumento o Ministério da saúde, (2003) afirma que com o grande aumento da população idosa é muito importante cada vez mais fundamental, que se tenha uma união esforços para a prática de políticas públicas voltadas para a população, assim como a conscientização dos direitos e espaços a serem conquistados pelos idosos.

Com isso o Estatuto do Idoso, (2003) esta ajudando a programar a participação de parcela significativa dos idosos, por intermédio de entidades que representam, os conselhos, que, por sua vez, seguindo a Lei nº 8842, de 4 de janeiro de 1994, têm por objetivo deliberar sobre políticas públicas,

controlando as ações de atendimento, além de zelar pelo cumprimento dos direitos do idoso, de acordo com o novo Estatuto (art.7o).

Neste contexto, o Estatuto do Idoso, (2003) como também o Estatuto da Criança e do Adolescente, é um instrumento de suma importância para a realização da cidadania. Com isso o idoso possui direito à liberdade, dignidade, à integridade, à educação, à saúde, a um meio ambiente de qualidade, entre outros direitos fundamentais (individuais, sociais, difusos e coletivos), cabendo ao Estado, à Sociedade e à família a responsabilidade pela proteção e garantia desses direitos.

A Política Nacional do Idoso tem como objetivo assegurar os direitos sociais do idoso para assim promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. No artigo 3º, estabelece:

A família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo a sua dignidade, bem-estar e direito à vida; O idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas por meio desta política; O idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza. (BRASIL,2006).

Segundo Neri,(2005) a regulamentação da Política Nacional do Idoso foi publicada no dia 3 de junho de 1999, por meio do decreto 1.948, explicitando a forma de implementação dos avanços previstos na lei 8.842/94 e estabelecendo as competências dos órgãos e das entidades públicas envolvidas no processo.

Corroborando com a Política, o Estatuto do Idoso, (2003) promovendo a inclusão social e garantindo os direitos dos idosos, uma vez que essa parcela da população brasileira se encontra desprotegida, devido ao grande número de pessoas com mais de 60 anos no Brasil.

Os idosos têm que ter preferências no atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) sendo distribuídos remédios gratuitos, principalmente os de uso continuado como (hipertensão, diabetes etc.), também deve ser cedidas às próteses e órteses.

Sobre, o Estatuto do idoso, (2003) estabelece que os planos de saúde não podem ser reajustados de acordo com o critério da idade como também o idoso que se encontra internado ou em observação em qualquer unidade de

saúde tem direito a acompanhante, pelo tempo necessário que for indicado pelo profissional de saúde que o atender.

Os idosos maiores de 65 anos têm direito ao transporte coletivo público gratuito. No qual, antes do estatuto, apenas algumas cidades garantiam esse benefício aos idosos. E o documento exigido é a carteira de identidade. Nos veículos de transporte coletivo é obrigatória a reserva de 10% dos assentos para os idosos, com aviso legível.

Nos transportes coletivos interestaduais, o Estatuto do idoso, (2003) garante a reserva de duas vagas gratuitas em cada veículo para idosos com renda igual ou inferior a dois salários mínimos. Se o número de idosos excederem o previsto, eles deveram ter 50% de desconto no valor da passagem, sendo considerando sua renda mensal. Nenhum idoso poderá ser objeto de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão. Ainda segundo o Estatuto do Idoso, (2003) quem discriminar o idoso, tornando dificultoso o seu acesso a operações bancárias, meios de transportes ou a qualquer outro meio que o impeça de exercer sua cidadania pode ser condenado e a pena varia de seis meses a um ano de reclusão, além de multa.

Para as famílias que abandonarem os idosos em hospitais e casas de saúde, se negando a dar respaldo para suas necessidades básicas, podem ser condenadas a pena de seis meses a três anos de detenção e multa. O mesmo acontece para os casos de idosos submetidos a condições desumanas, privados da alimentação e de cuidados indispensáveis, (ESTATUTO DO IDOSO, 2003).

2.2 Os Problemas de saúde enfrentados pelos idosos

Quando os idosos chegam à velhice sabemos que junto com eles vêm acompanhado algumas doenças e que o envelhecimento acarreta várias mudanças no seu organismo. Segundo Ramos (2003), os idosos estão vulneráveis a ter pelo menos uma doença crônica quando ficarem mais velhas.

Com este aspecto, a Organização Mundial de Saúde (OMS), prevê que o envelhecimento depende se vai ser bem ou mal sucedido de acordo com a capacidade funcional que os idosos serão capazes de conseguir e até manter ao chegar à terceira idade. Para isso, é preciso se tomar algumas atitudes

preventivas devem ser tomadas como: alimentação adequada, atividades físicas, como também hábitos saudáveis. (ONU, 2002b, p. 4-5).

Cabe lembrar que nunca é tarde para iniciar qualquer atividade física, desde que tenha um acompanhamento médico e um profissional qualificado de Educação Física. Freitas, (2002) retrata que as doenças que, mas estão preocupando são a cardiovascular, causada muitas vezes pela hipertensão e pelo diabetes, que podemos evitar e controlar com a prática contínua de atividade física.

Em se tratando de doenças em idosos, os dados de 1997, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2003), apontam que as doenças do aparelho circulatório são responsáveis por 39,4% dos óbitos masculinos e 36,3% dos femininos entre os idosos. No qual outras doenças como as neurodegenerativas (Mal de Parkinson e Mal de Alzheimer) não ocasionam a morte do paciente, mas afetam sua autonomia. Devido à sua complexidade, pouco se sabe sobre a sua prevenção, por essa razão não se consegue evitar.

Segundo Montavani, (2004) um problema muito frequente e preocupante entre os idosos é a depressão. A população idosa no mundo inteiro apresenta esta doença terrível, que tem grande contribuição na formação de um idoso que fica dependendo de outras pessoas até mesmo ficando incapaz de realizar suas atividades da vida diária. Neste sentido é muito importante buscar ajuda de um profissional, assim que aparecer os primeiros sintomas, pois se for diagnosticada precocemente, ela pode ser tratada facilmente.

Ainda segundo Montavani, (2003) sendo assim podemos observar que os principais problemas de saúde mais comum entre os idosos são: as doenças Cardiovasculares, o acidente vascular cerebral, pneumonia, câncer, enfisema e bronquite crônica, infecção urinária, osteoporose, diabetes, osteartrose, depressão, mal de Parkinson, Alzheimer e a catarata.

2.3 Atividade física como método preventivo de doenças na terceira idade

Um dos pontos importantíssimo para manter ou melhorar a qualidade de vida dos idosos, a prática regular de atividade física porque se torna de fundamental importância para os idosos. No entanto, o tipo de exercício a ser

praticado vai depender do organismo e da vontade de cada um. Segundo Okuma (2002), não há nenhuma fórmula predeterminada do que deve ser feito na terceira idade.

Por essa razão, dois fatores são preponderantes na escolha da atividade física. Primeiramente, o idoso precisa olhar para si e identificar a sua capacidade para realizar as atividades do dia-a-dia, como subir as escadas de um ônibus, carregar panelas de pressão, arrumar camas, abaixar-se para ver o forno, porque a atividade física irá ajudar na capacidade de desempenhar essas e outras atividades cotidianas. Outro fator muito importante é a avaliação de como esta sua saúde geral (Okuma, 1998). Estudos relatam que pelo menos 70% dos idosos tem algum problema de saúde e que a atividade física pode ser uma grande aliada em seu tratamento. A prática regular da atividade física pode ajudar a controlar os sintomas de várias doenças, como a hipertensão arterial, e assim ajudando a reduzir o consumo de remédios (ROLIM, 2005).

Sobre o assunto, ELRIA (1991), relata que a prescrição de exercícios para os idosos deve ser programada sendo considerada a idade de cada indivíduo, e qual o seu nível de condicionamento físico e sua condição de saúde, os objetivos da atividade física devem estar voltada para o momento da resistência cardiorrespiratória, composição corporal, flexibilidade, força muscular e resistência. Com programa que vise à melhoria da sua qualidade de vida, e que possa contribuir para a realização das atividades básicas sem maiores dificuldades Gonçalves, (2004).

Gonçalves, (2004) ainda afirma que após a realização desses passos iniciais, a avaliação de sua capacidade física funcional e de sua saúde, o idoso deve escolher a atividade que ele mais goste de fazer e que é muito importante que ele tenha prazer em realizar as atividades, porque ao fazer algo que ele não gosta, eles param logo após alguns meses de prática dos exercícios, por isso o idoso deve experimentar diversas atividades até que eles possam encontrar uma que melhor se identifique e que se adapte ao seu perfil.

Okuma, (2002) afirma que uma grande maioria dos idosos prefere fazer caminhadas por não ser uma atividade que não precisa ter grandes habilidades específicas e por ser uma atividade que não requer nenhum custo financeiro, podendo ser realizada em qualquer ambiente aberto.

Sobre o contexto, Okuma (2002) salienta que a caminhada não supre todas as necessidades que o corpo necessita, pois trabalha apenas o sistema cardiovascular e o músculo-esquelético de forma generalizada. Sendo assim o idoso pode se dedicar a apenas uma vez por semana e isso será melhor do que levar uma vida sedentária. Porque a quando ele começa a fazer atividade física com poucos dias já começa a perceber grandes benefícios adquiridos. De acordo com Quintanilha (2007, p.59) esses benefícios podem ser:

Melhora da velocidade ao andar e do equilíbrio; Melhora da auto-eficácia; Contribuição para a manutenção e/ou o aumento da densidade óssea; Auxílio no controle do diabetes, da artrite, das doenças cardíacas e dos problemas com colesterol alto e hipertensão; Melhora de a ingestão alimentar; Diminuição da depressão; Redução da ocorrência de acidentes, pois os reflexos e a velocidade ao andar ficam melhores; Manutenção do peso corporal e melhora da mobilidade do idoso (QUINTANILHA2007).

2.4 Atividade física x capacidade física

O envelhecimento acontece independente da condição socioeconômica. O acelerado ritmo de envelhecimento no Brasil cria desafios para a Sociedade Brasileira Contemporânea, onde esse processo ocorre num cenário de profundas transformações sociais, urbanas, industriais e familiares. (LEME, 1996).

Os idosos podem apresentar diversos perfis diferenciados, desde sedentarismo, carência afetiva, perda de autonomia causada por incapacidade física e mental, ausência dos familiares que ajudam no auto cuidado e insuficiência de suporte financeiro e outros fatores relacionados como doenças decorrentes da idade, e do estilo de vida (MANTOVANI, 2007).

Todo esse processo pode contribuir para as limitações físicas e com morbidades refletindo na sua independência a autonomia. Para Neri, (2001) o envelhecimento populacional em nosso país é uma grande realidade.

Segundo o Estatuto do Idoso, (2003) o aumento da longevidade e a redução da mortalidade mudaram o perfil demográfico nestas ultimas décadas. De acordo com o Estatuto do Idoso (2003), do Brasil. Sendo assim estamos deixando rapidamente, de sermos um “país de jovens” e o envelhecimento tornou-se uma questão fundamental para as políticas públicas. Os brasileiros com mais de 60 anos representam 8,6% da população. Esta proporção chegará a 14% em 2025 (32 milhões de idosos).

Sobre a atividade física, podemos retratar como recursos poderosíssimos contra o envelhecimento do corpo e da mente, retomando assim sua autoestima. Para Gonçalves e Vilarta (2004), as pessoas idosas se beneficiam de uma forma geral, especialmente com exercícios para melhoria da postura, mobilidade da musculatura, respiração, resistência, aumento dos reflexos, da coordenação e equilíbrio. Desta forma resgatando, a coordenação motora que deve estar dentre os principais fatores a serem trabalhados em qualquer programa de atividade física dirigido para o idoso.

2.5 Capacidades do idoso

O envelhecimento esta sendo referido a um fenômeno fisiológico de comportamento social ou cronológico. É um processo biossocial, que acontece com todos os seres vivos expressando-se na perda da capacidade e com isso acontecem mudanças no estilo de vida, além de alterações psicoemocionais devido a influencia da genética, (SPIRDUSO 1995; RIKLI e JONES,1999; MOREY ET, 1998). Trata-se de um processo multidimensional e multidirecional, pois há uma variedade na direção das mudanças (ganho e perdas) em diferentes características entre os indivíduos (COUTINHO FILHO, 2008).

Entende-se por idoso ou pessoa da terceira idade qualquer individuo com mais de 60 anos de idade, instituído pelo Estatuo do Idoso, (2003). O envelhecimento vem aumentando muito nos últimos anos, sendo consideravelmente, o que se atribui a um aumento da expectativa de vida e da diminuição da taxa de natalidade, a um melhor controle das doenças infecto-contagiosas (imunização) e crônico-degenerativas, (GOBBI,1995).

Para GORDILHO et al. (2000), as capacidades funcionais dependem principalmente do sistema circulatório, que fornece oxigênio, fluídos e nutrição, porque as paredes dos vasos sanguíneos, artérias, veias e capilares vão endurecendo e se tornam mais estreitas com a idade. Para Gordilho, (2000), isto prejudica a circulação do sangue; o endurecimento dos capilares perturba o suprimento de nutrientes aos vários sistemas e órgãos do corpo, inclusive o sistema nervoso central, começando a atrofia gradual dos músculos e dos tecidos, diminuindo o vigor, peso e imunidade, sendo assim o idoso fica mais

vulnerável à infecções de órgãos vitais como o cérebro, os pulmões e o coração.

Como o envelhecimento populacional já é uma realidade no nosso país, fica claro que com esse aumento do número de idosos também ocorrerá um grande aumento das doenças associadas ao envelhecimento, destacando-se as crônico-degenerativas, (FREITAS, 2006). Nesse sentido podemos compreender que a capacidade funcional se torna de fundamental importância para os idosos.

Para SANCHEZ (2000), a capacidade funcional é a independência para que os idosos possam realizar suas atividades de vida diária. Já para GORDILHO et al. (2000), a capacidade funcional vai além da realização de atividades diárias, sendo esta a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente, valorizando-se a autonomia e a autodeterminação. Assim, a capacidade funcional compreende todas as capacidades necessárias para que o indivíduo possa realizar suas vontades, no que diz respeito aos aspectos físicos, intelectuais, emocionais e cognitivos.

Segundo Mantovani, (2004), Talvez a dependência seja um dos grandes problemas que mais afeta a qualidade de vida dos idosos, tanto para poderem realizar as atividades de vida diária (AVD) quanto para realizarem as atividades instrumentais de vida diária (AIVD), que pode ser consequência de doenças neurológicas, cardiovasculares, fraturas, lesões articulares, entre outras como também a atividade física pode exercer grandes efeitos no convívio social do indivíduo, tanto no ambiente de trabalho quanto no familiar.

2.6 Aptidão funcional geral

Para Okuma, (1997) apud Gonçalves e Vilarta, (2004) quando falamos em Aptidão Funcional Geral, entende-se que esta se refere à dimensão física do sujeito. No qual é um dos importantes marcadores de um envelhecimento bem sucedido e de uma melhor qualidade de vida.

O bom desempenho das atividades básicas do cotidiano depende muito da manutenção e a preservação da capacidade física ou funcional do idoso. Este aspecto se torna essencial para prolongar, por maior tempo possível, a independência do indivíduo, oportunizando uma vida mais saudável. Gobbi

(2003). O autor ainda destaca que uma das principais formas de evitar, minimizar ou reverter à maioria dos declínios físicos, sociais e psicológicos que, frequentemente, acompanham o idoso, é a prática regular da atividade física.

É de consenso na literatura que a atividade física está diretamente associada a melhoras significativas nas condições de saúde, como o controle do estresse, da obesidade, do diabetes, das doenças coronarianas e assim atuando positivamente na melhoria da aptidão funcional do idoso (GOBBY, 2003).

2.7 Validação e confiabilidade da bateria de testes da AAHPERD

A “American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance” (AAHPERD) desenvolveu uma bateria de testes específica para mensuração da aptidão funcional dos idosos. Esta bateria é composta por 5 testes motores que medem os componentes da capacidade funcional. Os testes compostos nessa bateria avaliam a agilidade e o equilíbrio dinâmico através dos componentes; coordenação; flexibilidade; força de membros superiores e a capacidade aeróbia. (ZAGO E GOBBI, 2003).

De acordo com Zago e Gobbi, (2003) a confiabilidade da bateria de testes AAHPERD iniciou em 1990, sendo reportada uma consistência interna para os testes de FLEX, RESISFOR e COO com valores acima de 0,90, com um coeficiente de estabilidade de 0,91 para FLEX, 0,85 para AGIL e 0,72 para COO (12). Essa confiabilidade é expressa pela consistência interna, estabilidade e objetividade. De acordo com os autores, os estudos de confiabilidade dos referidos testes apresentam coeficientes em geral superiores a 0,90 e possuem uma excelente confiabilidade sendo, recomendáveis para serem aplicados.

A validade da bateria de teste da AAHPERD foram descritas nos estudos de Rikli & Jones (1999) que descreveram 3 tipos de validade (conteúdo, de critério e discriminante) e (conteúdo, de critério e discriminante) e nos estudos de Bravo ET AL (1994) onde encontraram valores estão correlatos nos resultados de testes de campo e laboratoriais.

2.8 Benefícios da atividade física

Quanto mais atividade uma pessoa realiza menos limitações ela tem e inúmeros benefícios que a prática de exercícios promove, um dos principais é a proteção da capacidade funcional em todas as idades, principalmente nos idosos (ROSE, 2003).

Por capacidade funcional entende-se o desempenho para realizar as atividades do cotidiano ou atividade da vida diária. Essas atividades da vida diária podem ser classificadas como: tomar banho vestir-se, levantar-se e sentar-se, caminhar, a uma pequena distância, ou seja, atividades de cuidados básicos. As atividades instrumentais da vida diária (AIVD) estão classificadas como: cozinhar, limpar casa, fazer compras, jardinagem ou até mesmo atividades mais complexas da vida cotidiana. Gonçalves e Vilarta(2004).

Para Gonçalves e Vilarta (2004), um estilo de vida fisicamente inativo pode ser causa primária da incapacidade de realizar atividades de AVD, porém se ele estiver em um programa de exercícios físicos reguladores podem promover mais mudanças qualitativas que quantitativas, como por exemplo, as alterações na forma de realização do movimento, aumento na agilidade da execução das atividades e adoção de medidas de segurança para realizá-las.

...o estar saudável deixa de associar-se à idade cronológica e passa a ser compreendida em um contexto de saúde ampliado. A qualidade de vida de cada um passa a ser determinada pelas capacidades do indivíduo em satisfazer as suas necessidades cotidianas funcionais, a sua motivação, a sua independência e autonomia para buscar seus objetivos, suas novas conquistas pessoais e familiares. Matsudo, (1992).

Além de beneficiar a capacidade funcional, o exercício promove melhoria na aptidão física, porque os idosos sofrem um declínio que pode comprometer a sua saúde. Os componentes da aptidão física relacionados à saúde e que podem ser mais influenciadas pelas atividades físicas habituais são a aptidão cardiorrespiratória, a força, a resistência muscular e a flexibilidade, por isso são os mais avaliados. A prática regular da atividade física promove melhoria da composição corporal e diminuição de dores articulares, devido o aumento da densidade óssea, melhora a glicose, melhora o perfil lipídico, contribui para o

aumento da capacidade aeróbica, melhora a força e a flexibilidade contribuindo para uma diminuição da resistência vascular (NERI,1999).

Para Neri, (2001), é como benefícios psicossociais encontram-se o alívio da depressão, o aumento da autoestima e da confiança uma vez que o século 20 se caracterizou por profundas e radicais transformações, destacando-se o grande aumento do tempo de vida da população, a esperança de vida experimentou um incremento de cerca de 30 anos ao longo do século 20, numa profunda revolução da demografia e da saúde pública.

A equação demográfica é simples: quanto menor o número de jovens e maiores o número de adultos atingindo a terceira idade, mais rápido é o envelhecimento da população como um todo (CAMARANO, 1999).

O cenário que se desenha é de profundas transformações sociais, não só pelo aumento proporcional do número. Mais do que qualquer época, o século 20 se caracterizou por profundas e radicais transformações, destacando-se o aumento do tempo de vida da população como o fato mais significativo no âmbito da saúde pública mundial Camarano (1999).

Técnicas permitirão ao ser humano alcançar de 110, 120 anos – uma expectativa de vida que corresponderia aos limites biológicos – ainda no presente século. São mudanças fantásticas e muito próximas, que reclamam modelos inovadores e sintonizados com a contemporaneidade, que garantam vida com qualidade para este crescente contingente populacional (VERAS, 2002).

2.9 O viver melhor para os idosos

Dessa forma, o projeto do grupo “viver melhor” atende com várias programações a comunidade idosa da cidade de Monte Negro/RO e vem sendo desenvolvido desde agosto de 2008 e investigar a capacidade funcional deste grupo é de fundamental importância para avaliação da eficácia desse projeto.

No início das atividades, a caminhada era realizada na rua, e depois éramos deslocados para o pátio da igreja católica, onde o padre responsável pela paróquia cedia o espaço para desenvolver os trabalhos. Neste espaço ainda são realizadas até hoje, as atividades lúdicas, os jogos, as atividades de

agilidade, coordenação motora e atividades que de uma forma geral contribui para a melhoria da vida diária dos idosos. Hoje o projeto já adquiriu com o auxílio da prefeitura, uma pista de caminhada para realização dessa atividade.

Alguns idosos, no início do projeto, estavam com seu condicionamento totalmente comprometido, que não lhes permitiam a realização de atividades simples como varrer a casa, subir escadas, abaixar, pegar algum objeto por mais leve que fosse.

Cinco fatores importantes são recomendados para que o idoso tenha uma boa saúde como: a vida independente, casa, ocupação, afeição e comunicação. Considerando esses fatores, sabe-se que quando faltam alguns desses itens, a qualidade de vida do idoso poderá ser comprometida.

Em se tratando de qualidade de vida, Neri (2000), nos traz o seguinte entendimento:

“Entende-se por boa qualidade de vida a condição das pessoas não se sentirem limitadas para tarefas que desejam realizar por falta de condição física. Evidentemente uma pessoa que tenha desenvolvidas todas as qualidades de aptidão estará preparada para qualquer tipo de esforço.”

O autor ainda se refere ao sedentarismo como a causa mais frequente do mau condicionamento físico, prejudicando dessa forma, todas as qualidades de aptidão. Considerando-se os esforços mais comuns realizados nas atividades de vida diária, a diminuição da força e flexibilidade são as mais prejudiciais para a qualidade de vida (NERI, 2000).

Segundo Néri (2001), sabemos que os baixos níveis de saúde na velhice são associados com altos níveis de depressão e angústia e com baixos níveis de satisfação de vida e bem estar. As dificuldades do idoso em realizar as atividades da vida diária, devido a problema físico, prejudicam também as relações sociais, a manutenção da autonomia, trazendo sérios problemas à sua saúde emocional Gonçalves, (2004).

3. METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa de um estudo de caso. Gil (2008) argumenta que o estudo de caso é caracterizado pela análise profunda e exaustiva de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado, tarefa praticamente impossível mediante os outros tipos de delineamentos considerados. Como não se tratam de levantamentos com controle estatístico previamente definido, sua validade depende diretamente do rigor estabelecido nos procedimentos metodológicos adotados.

A prática regular de atividades físicas sistematizadas pode contribuir para a melhoria de diversos componentes da aptidão física relacionada à saúde, como força, resistência muscular, resistência cardiorrespiratória, flexibilidade e composição corporal. Essas modificações podem favorecer, sobretudo, o controle da adiposidade corporal, bem como a manutenção ou melhoria da capacidade funcional e neuromotora, facilitando o desempenho em diversas tarefas do cotidiano e, conseqüentemente, proporcionando melhores condições de saúde e qualidade de vida mais adequada aos praticantes (MORRIS, 1994).

3.1 População e amostra

A população deste estudo são os participantes do grupo “Viver Melhor” do Município de Monte Negro Rondônia que é composto por 158 idosos sendo 23 do sexo masculino e 135 do sexo feminino, com faixa etária que varia em 60 a 79 anos. Para este estudo utilizou uma amostra de 28 idosos sendo 10 do sexo masculino e 18 do sexo feminino com uma faixa etária entre 60 e 79 anos.

Os 28 sujeitos utilizados nessa pesquisa constituem um grupo que é cadastrado no Centro de Referência da Assistência Social-CRAS, pois são indivíduos pertencentes a um programa que já tem duração de quatro anos, sendo realizadas três vezes por semana com atividades físicas como caminhada, alongamentos, relaxamento, massagem, academia, atividades lúdicas, forró, comemorações das datas comemorativas e momentos de lazer com duração de duas horas por dia.

3.2 Instrumentos e Procedimentos utilizados

Inicialmente foi realizada uma reunião com todas as pessoas envolvidas para esclarecimentos sobre a pesquisa em questão. Após os devidos esclarecimentos foi solicitado a cada participante a assinatura no TCLE (termo de consentimento livre esclarecido) autorizando sua participação na referida pesquisa.

A capacidade funcional para realizar atividades da vida diária pode ser medida pelo método da auto avaliação. Neste estudo foi utilizado o questionário de auto avaliação proposto por SPIRDUSO (1995) Citado por MATSUDO (2005), que é composto de 18 tipos diferentes das atividades da vida diária.

De acordo com este instrumento, os 18 tipos de atividades avaliadas corresponde as seguintes:

- Atividades da vida Diária: comer e beber, lavar o rosto e as mãos, ir ao banheiro, levantar da cadeira entrar e sair da cama, movimentar-se dentro de casa, vestir-se, mover-se fora da casa em terreno plano, subir e descer escadas, arrumar a cama, fazer compras.
- Atividades instrumentais da Vida Diária: tomar banho, cuidar dos pés e das unhas, atividades leves de limpeza da casa, preparar o jantar, preparar o café da manhã e o almoço, atividades pesadas de limpeza, lavar e passar roupa.

Ao avaliado foi solicitado responder uma ficha de auto avaliação (conforme o modelo anexo), assinalando para cada ficha uma das atividades da vida diária e atividades instrumentais da vida diária, colocadas em ordem crescente de dificuldades, o número (1, 2 ou 3) o número correspondente ao que melhor expresse a capacidade de realizar essas atividades independentemente do o individuo realiza-las ou não. Para os resultado utilizou-se os seguintes critérios preconizados de classificação:

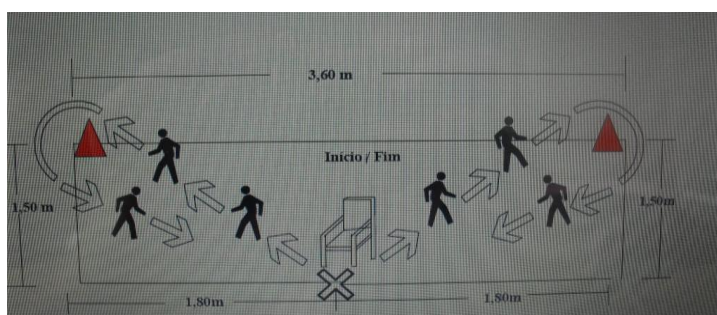
- (1) Realizar sem ajuda e com facilidade.
- (2) Realizar sem ajuda mas com algum grau de dificuldade.
- (3) Realiza com ajuda ou depende de outros para realizar.

Para avaliação da aptidão física funcional utilizou-se a bateria de testes da AAHPERD, com o objetivo de analisar qual a sua capacidade funcional nos aspectos qualitativos (processo) e quantitativos (produto). Esta bateria de testes se refere assimilares as atividades da vida diária (AVD) dos mesmos. Sendo assim os 5 testes motores compostos nesta baterias são: Coordenação (COO), Flexibilidade (FLEX), Resistência de Força (RESIFOR), Agilidade e equilíbrio dinâmico (AGIL), Resistência Aeróbica Geral (RAG), conforme discriminados abaixo:

1. Teste de agilidade e equilíbrio dinâmico (AGIL)

O participante iniciou o teste sentado numa cadeira com os calcanhares apoiados no solo. Ao sinal de “pronto, já” moveu-se para a direita e circundou um cone que estava posicionado a 1,50m para trás e 1,80m para o lado da cadeira, retornando para a cadeira e sentando-se. Imediatamente o participante se levantou, moveu-se para a esquerda e circundou o segundo cone, retornando para a cadeira e sentando-se novamente. Isto completou um circuito. O avaliado deveria concluir dois circuitos completos. Para certificar-se de que realmente o avaliado sentou-se após retornar da volta ao redor dos cones, ele deveria fazer uma leve elevação dos pés retirando-os do solo. Foram realizadas duas tentativas e o melhor tempo (o menor) foi anotado em segundos como o resultado final.

Figura 1 Teste de agilidade e equilíbrio dinâmico (AGIL)



Fonte: Zago & Gobbi de tal 2003

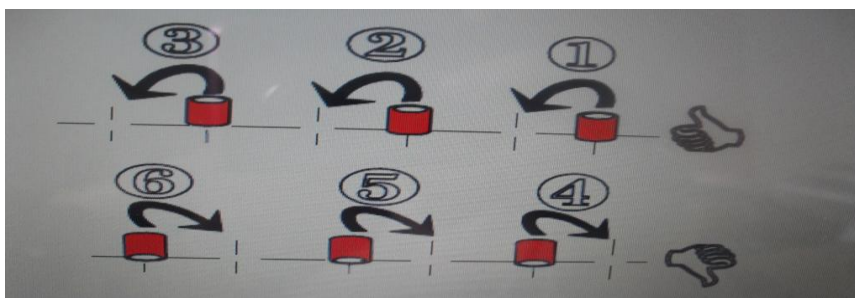
2. Teste de coordenação (COO)

Um pedaço de fita adesiva com 76,2 cm de comprimento foi fixado sobre uma mesa. Sobre a fita foram feitas seis marcas com 12,7 cm equidistantes entre si, com a primeira e última marca a 6,35 cm de distância das extremidades da fita. Sobre cada uma das seis marcas foi afixado, perpendicularmente à fita, outro pedaço de fita adesiva com 7,6 cm de comprimento. O participante sentou-se de frente para a mesa e usou sua mão

dominante para realizar o teste. Se a mão dominante fosse a direita, uma lata de refrigerante era colocada na posição 1, a lata dois na posição 3 e, a lata três na posição 5. A mão direita foi colocada na lata 1, com o polegar para cima, estando o cotovelo flexionado num ângulo de 100 a 120 graus.

Quando o avaliador sinalizou, um cronômetro foi acionado e, o participante, virando a lata inverteu sua base de apoio, de forma que a lata um fosse colocada na posição 2; a lata dois na posição 4 e a lata três na posição 6. Sem perder tempo, o avaliado, estando agora com o polegar apontado para baixo, apanhou a lata um e inverteu novamente sua base, recolocando-a na posição 1 e da mesma forma procedeu colocando a lata dois na posição 3 e a lata três na posição 5, completando assim um circuito. Uma tentativa equivale a realização do circuito duas vezes, sem interrupções. No caso de o participante ser canhoto, o mesmo procedimento foi adotado, exceto as latas que foram colocadas a partir da esquerda, invertendo-se as posições. A cada participante foram concedidas duas tentativas de prática, seguidas por outras duas, válidas para avaliação, sendo estas últimas duas anotadas até décimos de segundo e consideradas como resultado final o menor dos tempos obtidos.

Figura: 2 Ilustração do teste de coordenação (COO)



Fonte: Zago & Gobbi de tal 2003

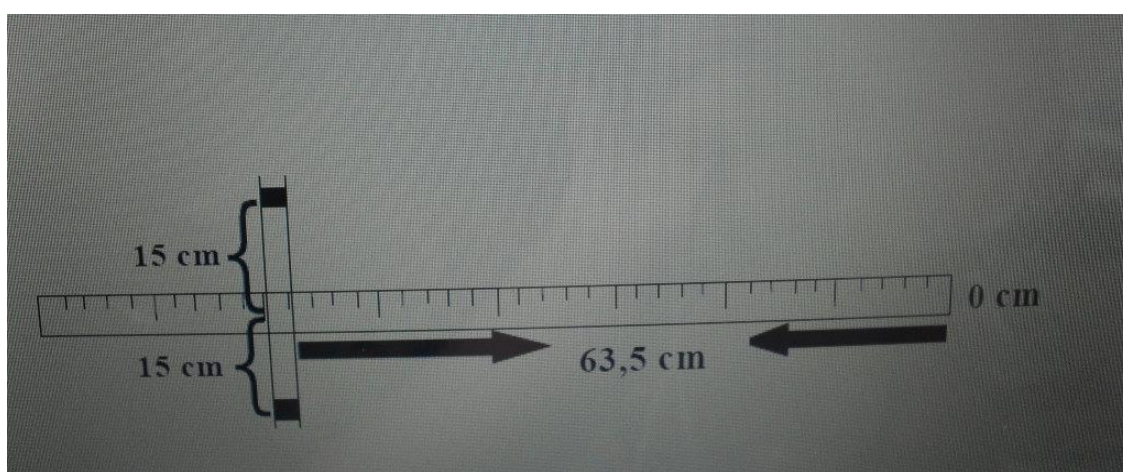
3. Teste de flexibilidade (FLEX)

Para o teste de flexibilidade utilizou-se uma fita adesiva sendo afixada no solo sobrepondo a fita métrica de fibra de vidro com a marcação de 63,5 cm. Foram feitas duas marcas equidistantes 15,2 cm do centro da fita métrica. O participante, descalço, sentou-se no solo com as pernas estendidas, os pés afastados 30,4 cm entre si, os joelhos apontando para cima e os calcanhares

centrados nas marcas feitas na fita adesiva. O zero da fita métrica apontou para o participante.

Com as mãos, uma sobre a outra, o participante vagarosamente deslizou as mãos sobre a fita métrica tão distante quanto pôde, permanecendo na posição final no mínimo por 2 segundos. O avaliador segurou o joelho do participante para não permitir que o mesmo se flexionasse. Foram oferecidas duas tentativas de prática, seguidas de duas tentativas de teste. O resultado final foi dado pela melhor das duas tentativas anotadas.

Figura 3 – Ilustração do teste de flexibilidade (FLEX)



Fonte: Zago & Gobbi de tal 2003

4. Teste de força e endurance de membros superiores (RESISFOR)

Foi utilizado um halter pesando 2,0 kg (peso para as mulheres). A participante sentou-se em uma cadeira sem braços, apoiando as costas no encosto da cadeira, com o tronco ereto, olhando diretamente para frente e com a planta dos pés completamente apoiadas no solo. O braço dominante deveria permanecer relaxado e estendido ao longo do corpo enquanto a mão não dominante apoiava-se sobre a coxa. O primeiro avaliador posicionou-se ao lado do avaliado, colocando uma mão sobre o bíceps do mesmo e a outra suportou o halter que foi colocado na mão dominante do participante. O halter deveria estar paralelamente ao solo com uma de suas extremidades voltadas para frente. Quando o segundo avaliador, responsável pelo cronômetro, sinalizou com um “vai”, o participante contraiu o bíceps, realizando uma flexão do

cotovelo até que o antebraço tocasse a mão do primeiro avaliador, que estava posicionada no bíceps do avaliado. Quando esta prática de tentativa foi completada, o halter foi colocado no chão e 1 minuto de descanso foi permitido ao avaliado. Após este tempo, o teste foi iniciado, repetindo-se o mesmo procedimento, mas desta vez o avaliado realizou o maior número de repetições no tempo de 30 segundos que foi anotado como resultado final do teste.

5. Teste de resistência aeróbia geral e habilidade de andar (RAG)

O participante foi orientado a caminhar (sem correr) 804,67 metros numa quadra poli-esportiva, o mais rápido possível. Os resultados foram anotados em uma planilha elaborada pela pesquisadora para uma melhor organização de dados. O tempo gasto para realizar tal tarefa foi anotado em minutos e segundos e transformado em segundos.

4. TRATAMENTOS ESTATÍSTICOS – ANÁLISE DOS DADOS

4.1 Resultado e discussão

Em relação ao questionário aplicado, a avaliação é realizada pelo número de atividades que o avaliado consiga fazer independentemente (sem ajuda e com facilidade) dentre as 18 analisadas.

Para uma melhor análise, utilizou-se para a classificação do Nível Funcional, a escala sugerida por RIKLI e JONES (1999) que classifica conforme a seguir:

- Avançado: realiza 12 itens sem ajuda.
- Moderado: realiza 7 – 11 itens sem ajuda
- Baixo: 6 sem dificuldade ou inábil para realizar 3 ou mais AIVDs: carregar 5 kg, caminhar 6-7 quarteirões, fazer tarefas domésticas.

Para uma melhor análise dos resultados optou-se em dividir o grupo em dois subgrupos, sendo masculino e feminino.

A análise descritiva do IAFG foi realizada considerando a média dos resultados obtidos pelos dois grupos. Como referência utilizou-se a tabela de valores normativos de acordo com os escores-percentis do índice de aptidão funcional

desenvolvido por Gobbi & Zago (2003). A soma do escores-percentis dos cinco testes representou o índice de aptidão funcional geral (IAFG).

Tabela 1- Classificação dos testes motores e do Índice da Aptidão Funcional Geral (IAFG) referente aos pontos obtidos em cada teste da bateria da AAHPERD.

Testes motores		IAFG
0-19	Muito fraco	0-99
20-39	Fraco	100-199
40-59	Regular	200-299
60-79	Bom	300-399
80-100	Muito bom	400-500

Fonte: Gobbi & Zago (2003).

Calculo do IAFG, baseado na somatória da bateria de teste de AAHPERD para os idosos do sexo masculino.

Assim sendo, conhecendo os escores-percentis de cada teste, pode-se detectar em qual componente da aptidão funcional os idosos pesquisados se encontravam e em qual aspecto precisa ser melhorado.

4.2 Características físicas da amostra

O grupo Viver Melhor é composto por 158 idosos com a idade de 60 a 79 anos que praticam atividade física durante todo ano. A turma é mista com atividades que acontecem no período da manhã duas vezes por semana com atividade física e uma vez na semana com atividades culturais como a (dança) com duração de duas horas semanais. Também são comemorado datas comemorativas.

Quadro: 1 Característica física da amostra por idade e sexo.

IDADE (anos)	S E X O		TOTAL PARCIAL
	FEMININO	MASCULINO	
60	06	01	07
61	01	-----	01
62	02	-----	02
63	01	-----	01
64	02	01	03
65	03	-----	03
67	02	-----	02
69	01	03	04
70	-----	01	01
73	-----	01	01
75	-----	01	01
79	-----	02	02
	-----	-----	-----
TOTAL GERAL	18	10	28

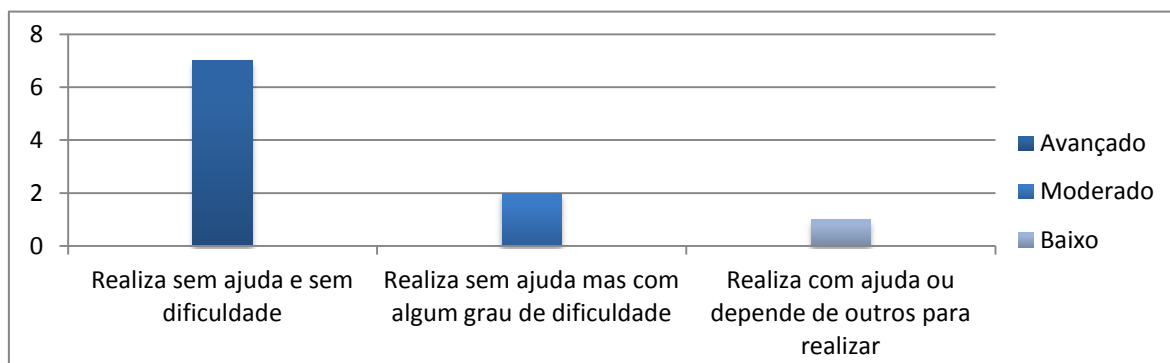
Fonte: Serejo, Monte Negro 2012

Amostra deste estudo foi composta de 28 idosos, sendo 18 do sexo feminino e 10 do sexo masculino conforme descrito no quadro 1.

Hoje em dia a avaliação física e funcional, é uma atividade constante na prática de profissionais de diversas áreas. No campo da educação física este tema está presente em várias técnicas, visando tornar o processo de avaliação mais eficiente e fidedigno sobre o aproveitamento nas atividades desenvolvidas com idosos. A técnica da observação e registro fornece melhores dados que nos possibilita identificar as dificuldades o desempenho nessas atividades e o processo na aprendizagem.

Apresentamos os resultados encontrados a partir das respostas dos questionários de autoavaliação para identificar a capacidade funcional dos participantes do estudo, tendo como referência para a classificação do nível funcional a escala proposta por RIKLI e JONES (1999). No gráfico 1 apresentamos os resultados da auto avaliação da capacidade funcional dos idosos do sexo masculino.

Gráfico 1 – Resultados da auto avaliação da capacidade funcional do sexo masculino

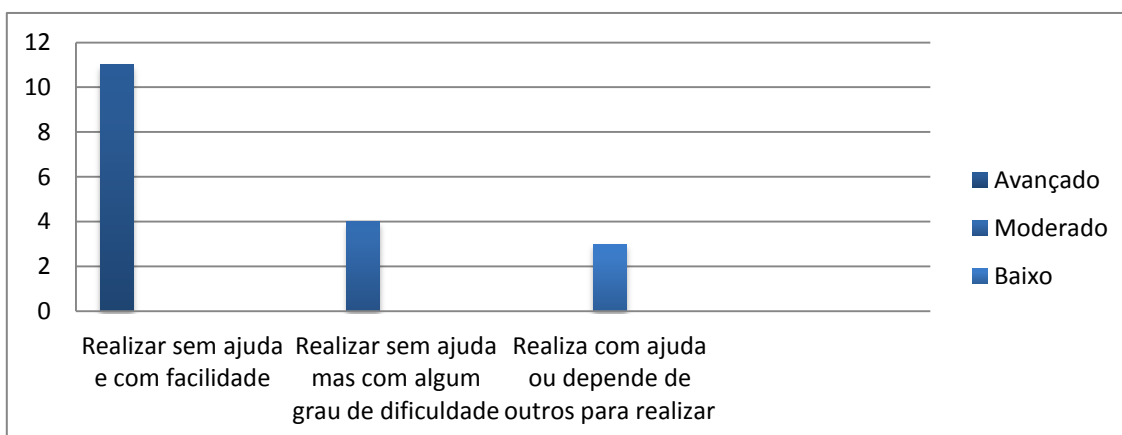


Fonte: Serejo, Monte Negro 2012

Conforme observado no gráfico acima os resultados apontam que dos 10 idosos investigados neste estudo 7 (caracterizando 70% da amostra) encontram-se em uma classificação avançada, pois, realiza sem ajuda e sem dificuldades suas atividades da vida diária. 2 idosos se encontram em uma classificação moderado, realizando sem ajuda mas com algum grau de dificuldade e apenas 1 idoso ficou classificado em nível baixo realizando suas atividades da vida diária com ajuda ou dependendo de outras pessoas para realização das atividades.

Apresentamos no gráfico 2 abaixo os resultados da auto avaliação da capacidade funcional dos idosos do sexo feminino.

Gráfico 2 – Resultados obtidos na auto avaliação da capacidade funcional para os idosos do sexo feminino



Fonte: Serejo, Monte Negro 2012

O gráfico acima, observa-se que das 18 idosas investigadas, 11(61%) se encontram em uma classificação avançada pois consegue realizar sem ajuda e com facilidade suas atividades da vida diária, 4 idosas estão na classificação moderado, devido realizar sem ajuda mas com algum grau de dificuldades suas atividades da vida diária e 3 idosas encontram-se na classificação nível baixo, realizando suas atividades da vida diária com ajuda ou dependendo de outros para realizar.

Os resultados encontrados neste estudo apontam que os participantes do grupo viver melhor encontram-se em nível satisfatório de sua capacidade funcional podendo realizar com facilidade e sem auxílio as atividades da vida diária. Isto fica claro quando evidenciamos que nas respostas obtidas 70% do sexo masculino e 61% do sexo feminino estão classificados em um nível avançado de acordo com a classificação RIKLI e JONES (1999).

A perda contínua da função dos órgãos e sistemas biológicos acarreta doenças e incapacidades funcionais ao idoso, levando-os a uma dependência de outras pessoas ou até mesmo de equipamentos específicos para a realização das atividades da vida diária. (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2004). Sobre o assunto Papaléo Netto *et al*, 2005 apud Paula, afirma que em pessoas de 80 anos e idade, a massa muscular diminui de 30 a 40% se comparados com pessoas de 30 anos. Esses declínios que ocorrem durante o envelhecimento são diretamente influenciados por fatores genéticos, hábitos de vida, alimentação, entre outros.

Sabemos que a capacidade funcional (CF) dos idosos tem influência positiva quando acompanhados com programas de exercícios, que utilizam testes físicos, simulando atividades do cotidiano (AVD). Podendo demonstrar que, por um período, foram verificados grandes evoluções na capacidade funcional dos idosos com, agilidade, coordenação, flexibilidade, força e endurance dos membros superiores e resistência aeróbica geral e habilidade de andar.

A análise da bateria de testes foi realizada considerando a média dos resultados obtidos para os grupos do sexo masculino e feminino. Para classificação da aptidão funcional geral do grupo viver melhor foram feitas as análises do escore-percentis utilizando-se a tabelas de valores normativos descritos por Zago & Gobbi, 2003. O IAFG nos permite discutir a Aptidão

Funcional Geral entendida como uma somatória dos resultados alcançados através dos cinco componentes da aptidão funcional que compõe a bateria de testes ou seja, uma somatória das capacidades físicas do indivíduo avaliado globalmente (ZAGO, 2002). Assim sendo, podemos afirmar que por meio do escore-percentil, é possível classificar a CF dos idosos em cada teste realizado de aptidão funcional.

Apresentamos os resultados obtidos do cálculo do IAFG de acordo com a bateria de testes conforme demonstrado na tabela 1.

Tabela 2 - Cálculo do IAFG, baseado na somatória da bateria de teste de AAHPERD para os idosos do sexo masculino.

	Resultado dos testes	Pontos (Escore-percentil)
AGIL (s)	17,0	98,2
COO (s)	16,8	10,1
FLEX (cm)	43,3	34,5
RESISFOR (rep)	22,6	46,2
RAG (s)	455	62,1
Índice da Aptidão Funcional Geral (IAFG) (somatória dos escores-percentis)		251,1

Fonte: Serejo, Monte Negro 2012

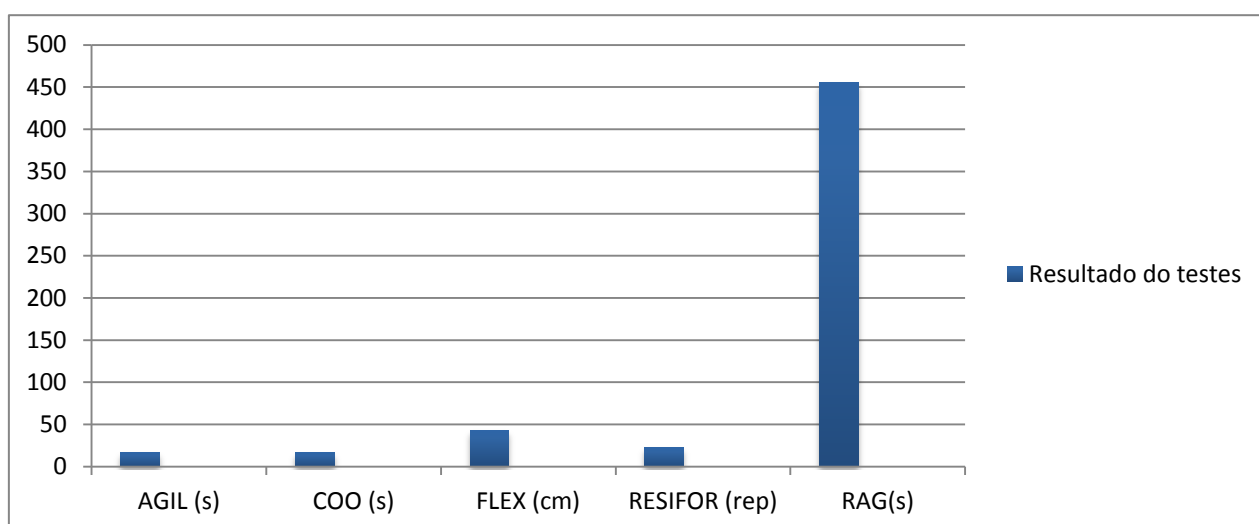
Para o grupo dos idosos do sexo masculino, os resultados apresentaram os seguintes escores: AGIL: 17,0; COO: 16,8; FLEX: 43,3; RESIFOR: 22,6 e o RAG: 455. O cálculo do IAFG do referido grupo obteve um somatório total de 251,1 estando classificado de acordo com a tabela de referência como regular. Apesar deste resultado indicando um nível regular de aptidão funcional para os idosos do sexo masculino, ressaltamos que no teste de agilidade a classificação do grupo ficou com o nível muito bom, assim como no teste de resistência aeróbica os mesmos indivíduos ficaram classificados com aptidão funcional boa.

Provavelmente estes resultados positivos nos testes específicos (agilidade e resistência aeróbica) se devam pela preferência do grupo investigado por atividades que desenvolvam estas aptidões, como por exemplo, a caminhada.

A caminhada promove vários benefícios como a melhoria da qualidade de vida, evitando a atrofia muscular, favorecendo a mobilidade articular, sendo assim evitando a descalcificação óssea, contribuindo e melhorando a contração cardíaca e a vida sexual. Além de que, diminui a possibilidade de infarto, previne a obesidade, aumenta a capacidade respiratória, diminui o risco de coagulação sanguínea, melhora o funcionamento dos rins, melhora as relações sociais, aumenta a predisposição para o trabalho, colaborando para o equilíbrio psico-afetivo e contribui para o exercício da cidadania.

Gonçalves *et al*, (2011) estudando aptidão funcional de idosos na cidade de Florianópolis/SC encontrou resultado igual ao deste estudo no que tange ao teste de resistência aeróbica para os idosos do sexo masculino.

Gráfico 3 - Resultado dos testes motores para os idosos do sexo masculino.



Fonte: Serejo, Monte Negro 2012

De acordo com o demonstrado no gráfico acima em relação aos testes aplicados, observamos que para o teste que trabalha a habilidade motora no que tange a coordenação percebemos um baixo do rendimento, atingindo uma média de 16,8s. Este resultado pode ser um importante indicador para planejamento de novos programas e/o para inclusão da melhoria de atividade física que trabalhe na aquisição e melhoria da coordenação motora.

Sobre capacidade de coordenação, Gonçalves *et al* (2011) apud Chodzko-Zajko, *et al* (2008) afirma que esta habilita os idosos no domínio de

suas ações motoras em diversas situações distintas de forma segura e eficaz, além de melhorar a aprendizagem em relação a movimentos novos.

Tabela 3 - Calculo do IAFG, baseado na somatória da bateria de teste de AAHPERD para as idosas do sexo feminino.

	Resultado dos testes	Pontos (Escore-ercentil)
AGIL (s)	12,74	99
COO (s)	13,02	35
FLEX (cm)	62,94	83
RESISFOR (rep)	23,43	51
RAG (s)	578	9
Índice da Aptidão Funcional Geral (IAFG) (somatória dos escores-percentis)		277

Fonte: Serejo, Monte Negro 2012

Realizando a análise dos testes do grupo das idosas, os resultados apresentaram os seguintes escores: AGIL: 12,74; COO: 12,02; FLEX: 62,94; RESIFOR: 23,43 e o RAG: 578. O somatório do IAFG totalizou um resultado geral de 277, pontos que conforme os valores normativos utilizados como referência neste trabalho, podemos classifica-los como nível regular de aptidão física.

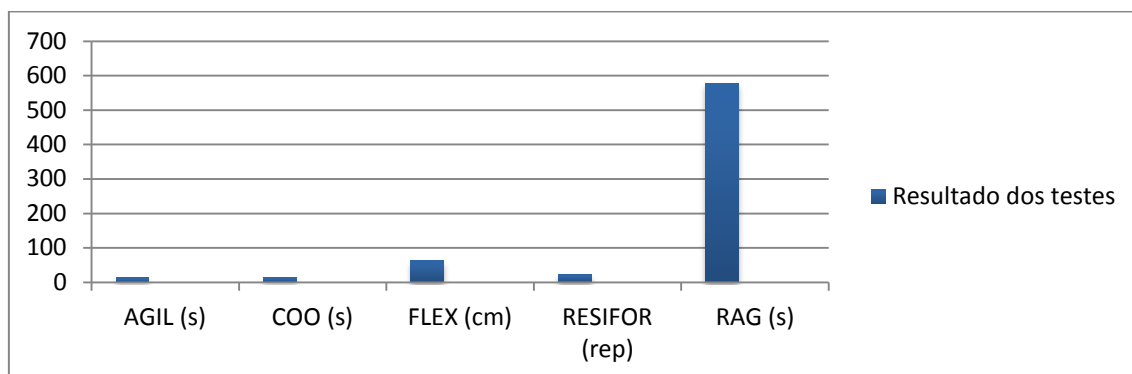
De acordo com os resultados podemos observar que no teste de flexibilidade, as idosas tiveram um bom desempenho. Para os testes agilidade e resistência de força os resultados demonstraram um desempenho fraco. Nos testes de coordenação e resistência aeróbica o desempenho foi classificado como muito fraco.

No teste de coordenação (COO) observou-se que com o passar do tempo realmente os idosos vão perdendo a diminuição da capacidade de realizar os mesmos, pois tiveram dificuldade para se concentrar e realizar o teste corretamente. Havendo assim uma preocupação na realização de varias tarefas motoras relacionadas no seu cotidiano, pois a falta de coordenação aumenta o risco de acidentes sem falar das dificuldades para realizar determinadas atividades consideradas normais no dia-a-dia.

A prática da atividade física continua é de fundamental importância para a permanência de uma boa aptidão dos idosos, pois requerem em maior ou

menor grau, força muscular, flexibilidade, coordenação, equilíbrio e resistência aeróbia para a realização das atividades diárias (FIATARONE et. al., 1994; SHEPHARD, 2003).

Gráfico 4 - Resultado dos testes motores para as idosas do sexo feminino.



Fonte: Serejo, Monte Negro 2012

De forma geral o teste de agilidade e equilíbrio dinâmico (AGIL) foi aplicado respeitando o limite e a capacidade de cada um no qual observou que eles se movimentaram corretamente desviando-se dos obstáculos. Dessa forma podemos sugerir que bons níveis de agilidade podem contribuir de maneira significativa para a qualidade de vida de cada idoso.

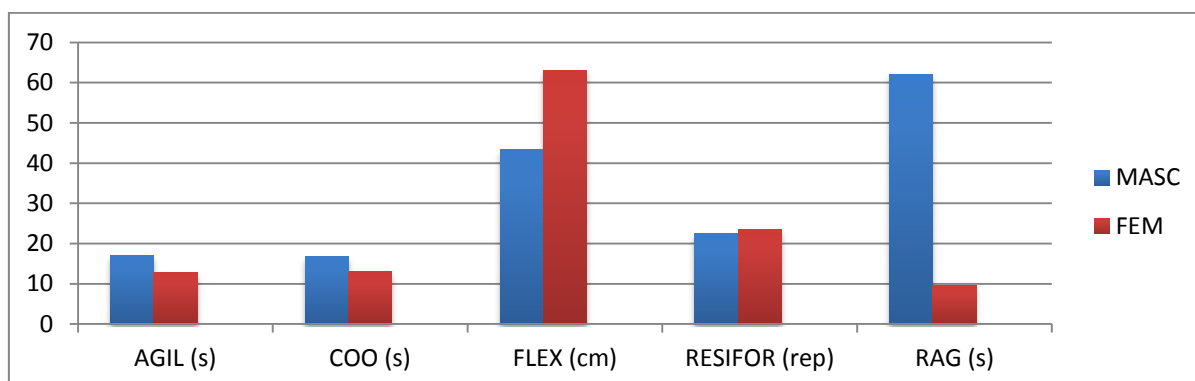
Observa-se na tabela abaixo que a avaliação da aptidão funcional do idoso é requisito essencial para diagnosticar em qual componente da aptidão funcional precisaria ser trabalhado e/ou melhorado, tanto individualmente como no grupo.

Tabela 4 – Média dos resultados da bateria de teste de AAHPERD para os idosos do sexo Masculino e feminino.

	Masculino	Feminino
AGIL (s)	17,03	12,74
COO (s)	16,84	13,02
FLEX (cm)	43,3	62,94
RESIFOR (rep)	22,6	23,43
RAG (s)	62,14	9,70

Fonte: Serejo, Monte Negro 2012

Gráfico 5 – Comparação dos testes motores entre os idosos do sexo masculino e feminino.



Fonte: Serejo, Monte Negro 2012

No teste de força e endurance de membros superiores (RESISFOR) os idosos tiveram um bom desempenho na realização do mesmo. Tal capacidade é um fator muito importante para as realizações de atividades rotineiras, por isso torna-se indispensável que seja trabalhado este aspecto para que possamos estar contribuindo com os níveis de capacidade satisfatórios para carregar uma cadeira, carregar um pacote, varrer o chão etc. Comparando os resultados desta capacidade podemos verificar que ambos os sexos obtiveram um resultado semelhante, com um escore médio de 22,6 para o sexo masculino e 23,4 para o sexo feminino.

No teste de flexibilidade observou-se que apesar dos resultados obtidos estarem classificados como bom para as mulheres (escore de 62,9) e regular para os homens (43,3), a maioria tiveram um pouco de dificuldade no desenvolvimento da atividade proposta para o teste, pois, os mesmo precisavam sentar e levantar do chão.

Sabemos que a flexibilidade é considerada crucial para a realização dos movimentos, à medida que os anos passam os idosos vão perdendo a capacidade de andar, sentar, levantar, deitar, passear, etc

Coelho & Neto (2010), estudando idosos do sexo feminino em Uberlândia encontrou em seus resultados um IAFG fraco. Analisando separadamente os testes verificamos que no item coordenação resistência aeróbica os resultados encontrados foram semelhantes a este estudo estando ambos classificados como muito fraco.

O estudo de Gobbi, Villar & Zago, (2005), realizado com idosos voluntários com idade superior a 80 anos em Rio Claro/SP, relata a alta porcentagem de idosos inativos que aponta a diminuição da capacidade funcional e a restrição da vida social por causa da idade e do cotidiano. Assim, fica evidente a urgência de desenvolver estratégias que contribua com mudança de comportamento em relação à atividade física nesta fase da vida. Ocorre que, muitas instituições de atendimento aos idosos não oferecem programas de atividade física, diferentemente deste estudo, onde a prática da atividade física é um hábito comum entre os participantes.

No estudo realizado por Mazo (2006) com 52 idosas, praticantes de hidroginástica e natação, apresentou um resultado com uma classificação “Boa” para o IAFG estando então diferente deste estudo que obteve classificação regular entre nos idosos investigados.

A aptidão funcional depende de diversos componentes, em especial a força muscular, a flexibilidade, a agilidade, o equilíbrio, capacidade aeróbia e a coordenação.

É de consenso na literatura que os idosos começam a ter essas perdas e a notar a partir dos 50 anos de idade, ocorrendo a uma taxa aproximada de 1% ao ano para a maior parte das variáveis da aptidão física. Detecta-se o aumento do peso corporal, diminuição da estatura e aumento da gordura corporal, em detrimento da massa muscular e da massa óssea. (MATSUDO, MATSUDO e BARROS NETO, 2000).

Nesse contexto a adoção da prática de atividades físicas se torna fundamental para reduzir e controlar essas perdas funcionais, além de auxiliar no controle dos níveis de estresse e doenças como obesidade, coronarianas e diabetes.

Sobre o assunto, Matsudo, (2001) refere que a capacidade funcional está relacionada a perdas neuromotoras já bem descritas como capazes de comprometer seriamente a qualidade de vida do indivíduo idoso. Assim, a preocupação com o conceito de qualidade de vida refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar mais o controle de sintomas, a diminuição a mortalidade ou o aumento da expectativa de vida.

5- CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo identificar a capacidade física funcional dos participantes do grupo VIVER MELHOR do Município de Monte Negro/RO utilizando o questionário de autoavaliação proposto por SPIRDUSO (1995), bem como, a bateria de testes da AAHPERD para classificar o nível da capacidade funcional dos idosos. Como objeto de investigação levantou-se o seguinte questionamento: Qual o **NÍVEL DA CAPACIDADE FÍSICA FUNCIONAL DOS PARTICIPANTES DO GRUPO “VIVER MELHOR” DO MUNICÍPIO DE MONTE NEGRO?** Diante dos resultados obtidos nesta pesquisa, conclui-se que:

- Em relação à escala de autoavaliação para identificar a capacidade funcional do grupo para a realização das tarefas diárias, a média do grupo Viver Melhor tanto para o sexo masculino quanto para o feminino foi bastante satisfatória, estando considerada como avançada. A maioria dos idosos respondeu mais de 12 itens na escala de respostas que caracteriza a realização das atividades com facilidade.
- A partir dos resultados da bateria de teste DA AAHPERD que classifica em relação à aptidão funcional, a média geral do grupo investigado obteve um resultado satisfatório alcançando um nível regular de aptidão funcional pelo Índice Aptidão Funcional Geral.

Considerando esses resultados podemos concluir que o grupo viver melhor não está muito diferente da média nacional considerando outros trabalhos semelhantes a este realizados em outras regiões do país, os quais sugeriram uma capacidade funcional em nível regular para os idosos pesquisados.

Os resultados deste estudo nos permite inferir que testes para avaliar a capacidade funcional em idosos com condição física independente devem priorizar as AVDs de locomoção e as que utilizem os membros superiores, visto que são atividades que realizam com maior frequência no seu cotidiano. A partir destes resultados também é possível perceber que mesmo para os idosos que apresentam uma aparência satisfatória de CF, se recomenda a

aplicação de testes funcionais específicos para que se detecte precocemente algum declínio que possa prejudicá-lo futuramente e se adote medidas preventivas.

Podemos considerar que a participação desses idosos num programa de atividades física pode ter sido de grande importância e influenciado diretamente nos resultados deste estudo. Em termos de benefícios nos aspectos sociais podemos afirmar que a participação dos idosos em programas dessa natureza atua também na ampliação do ciclo de amizades, onde eles compartilham as experiências com momentos de conversa e interação entre o grupo. Nesse sentido podemos inferir que também os aspectos psicológicos e afetivos estão interagindo entre si auxiliando na promoção da saúde tendo assim grandes benefícios no processo de envelhecimento.

Dessa forma podemos perceber a importância do planejamento de programas específicos para esses grupos especiais, afim de que se eliminem alguns fatores de riscos relacionados com a incapacidade funcional. Estas experiências tendem a gerar novas dimensões de sentidos para a vida dos idosos, aliviando-os dos processos de depressão e isolamento.

Com base nos dados apresentados, nos permite concluir que os participantes do Grupo Viver Melhor participam do projeto não apenas pela sua contribuição para o seu bem estar físico, mas também e principalmente pela convivência agradável em grupo, onde se estabelece uma socialização entre eles, troca de conhecimentos e afeto.

A avaliação funcional e capacidade física do idoso têm sido muito exploradas na atualidade. Essa avaliação é de suma importância, tornando-se indispensável para determinação do perfil e caracterização da população idosa. Esses testes e avaliações são elaborados a partir das necessidades e limitações tornando sempre como base o nível funcional dos idosos. Com o envelhecimento populacional aumentando a cada ano, essas estratégias são necessárias e fundamentais para que esse crescimento seja também em qualidade de vida.

Considerando o alto índice de envelhecimento no nosso país, fica claro que os profissionais da saúde, autoridades políticas e a sociedade civil em geral se preocupem de forma mais intensiva com a promoção da saúde e qualidade de vida dessa população tão isolada e esquecida. Nos tempos atuais

urge a necessidade de se dedicarem de maneira mais efetiva e eficaz na construção e viabilização de projetos que possam ajudar a atingir a meta da população idosa mais ativa objetivando maior qualidade de vida.

Nesse sentido deve ser levado em conta que, além dos aspectos fisiológicos a implantação e implementação de programas que atuem na promoção de saúde para a população idosa desenvolvem todo o conjunto de aspectos necessários para a melhoria da qualidade de vida do idoso. Em relação a esses programas podemos citar ainda, os benefícios psicossociais relacionados à autoimagem positiva que promove a alegria de viver, eleva a autoestima fazendo com que o indivíduo tenha uma integração maior com o grupo social, e uma melhor perspectiva de vida. Dessa forma, os resultados deste estudo poderão servir de forma positiva como indicadores nos índices de saúde e qualidade de vida da população idade de Rondônia, bem como poderá contribuir para implantação de novas ações e programas que beneficiem esta população.

Contudo, este estudo limitou-se apenas em investigar o nível da capacidade física funcional em idosos que já praticavam algum tipo de atividade dentro do programa Viver Melhor, não relacionando com qualquer morbidade ou patologia existente.

Sabe-se da existência de várias lacunas neste estudo para serem preenchidas, o que pode ocorrer com ampliação das perspectivas de discussão sobre o tema, através de críticas e contribuições que possibilitem essa ampliação. Assim sendo sugere-se novas investigações que se proponham analisar outros fatores que possam influenciar diretamente na capacidade funcional do idoso, assim como Em sua qualidade de vida em geral.

REFERÊNCIAS:

- ABREU, Flávia. **Fisioterapia Geriátrica**. Shape: Rio de Janeiro, 2007.
- ANDREOTI, RA; OKUMA SS. Validação de uma Bateria de Testes de Atividades da Vida Diária para Idosos Fisicamente Independente. Ver. paul. \educ., São Paulo, 13 (1): 46-66, jan./jun. 1999.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal - Subsecretaria de Edições Técnicas, 2006.
- BRAVO, G., et ai. A avaliação da aptidão funcional bateria: Confiabilidade e dados de validade para as mulheres idosas. *Jornal de Envelhecimento e Atividade Física*, Champaign - EUA, v.2, n.1, p.67-79, de 1994.
- CAMARANO, Ana Amélia et alli, **Como Vive o Idoso Brasileiro** in: CAMARANO (org). *Muito Além dos 60: os novos idosos brasileiros*, IPEA, Rio de Janeiro, (1999), pp 19-74.
- COUTINHO FILHO, R.C. As influências da prática de atividade física nas funções cognitivas em idosos. *Lecturas: Educación Física y Deportes, Revista Digital*. Buenos Aires, v. 12, nº 118, 2008.
- FIATARONE, M. et al. Exercise training and supplementation for physical frailty in very elderly people. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 330, p. 1769-1775, 1994.
- FREITAS, E.V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 1. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 2002; 1187p.
- GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos De Pesquisa**. 4ª Edição (2002) | 10ª Tiragem. Páginas: 176 páginas. Formato: 17X24. EAN13: 9788522431694Disponível em:<<http://www.mctbooks.com.br/livro.asp?codigo=19303>>.Acessado em 20/11/2011. Às 22 h 15 min.
- GOBBI, ZAGO Valores e normativos da aptidão funcional de mulheres de 60 a 70 anos. *R. Bras. Ci. e Mov.* v. 11 nº 2 p. 77-86 junho de 2003.
- GOBBY S. Atividade física para pessoas idosas e recomendações da Organização Mundial de Saúde de 1996. *Rev Bras Ativ Física Saúde* 1997;2(2):41-49.

- GOBBY, S., Villar, R. & Zago, A. Bases teórico-práticas do condicionamento físico. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. (2005).
- GORDILHO, Adriano; JOÃO Sérgio; SILVESTRE, Jorge; RAMOS, Luiz Roberto; FREIRE, Margarida P. A. ESPINDOLA, Neidil; VERAS, Renato Peixoto; KARSCH, Úrsula. *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso*. Envelhecimento humano, UNATI, Rio de Janeiro: UERJ, 2000.
- GONÇALVES et al, Aptidão Funcional de Idosos Residente em uma Instituição de Longa Permanência. Ver. Bras. Geriatr. V.14 n.1 Rio de Janeiro 2011.
- GONÇALVES, A. e VILARTA, R. Qualidade de vida e Atividade Física. Barueri, SP: Manole, 2004.
- HAWERROTH, D; KULKAMP, V; WENTZ, M. D. **Exercícios Resistidos e Qualidade de Vida: Impacto na Capacidade Funcional e Benefícios Terapêuticos**. Disponível em: <[http:// American College of Sports Medicine](http://American College of Sports Medicine)>.
- ACSM Position stand on exercise and physical activity for older adults. Med Sci Sports Exerc 1998; 30:992-1008>. Acessado em 28/11/2011. Às 20 h 00 min.
- IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e estatística), 1992. **Censo Demográfico**, Rio de Janeiro: IBGE, 1991.
- IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico 2005*: Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/>>. Acesso em: 2007.
- Leme LEG A gerontologia e o problema do envelhecimento. Visão histórica. In: Papaléo Netto M. (ed) Gerontoloaia.São Paulo: Editora Atheneu,.1996, p. 13-25.
- MATSUDO, S.M. Evolução da aptidão física e capacidade funcional de mulheres ativas acima de 50 anos de idade de acordo com a idade cronológica. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo, Escola Paulista de Medicina – Programa de Pós – Graduação em Reabilitação, 2001.
- MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.K.R.; BARROS NETO, T.L. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. Revista Brasileira de Ciência e Movimento, v. 8, n. 4, p. 21-32, 2000.
-
- MATSUDO, Sandra M. e MATSUDO, Vitor K. R. Prescrição de exercícios e benefícios da atividade física na terceira idade. *Revista Brasileira de Ciências e Movimento*. São Caetano do Sul, v. 05, n. 04, p. 19-30, 1992.

- MANTOVANI, E. **Saúde Física, indicadores Antropométrico, Desempenho, Desempenho Físico e Bem –Estar Subjetivo Em Idosos Atendidos No Ambulatório De Geriatria Do Hc Unicamp.** Campinas, SP. Disertação e Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, 2004.
- MAZO, G. Z.; LOPES, M. A.; BENEDETTI, T. B. **Atividade física e o idoso: concepção gerontológica.** 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2004.
- MAZO, G. M. Aptidão funcional geral e índice de massa corporal de idosos praticantes de atividade física. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, Florianópolis, v. 8 n. 4, p. 46-51, 2006.
- NERI, A. L.; **Desenvolvimento e Envelhecimento.** Campinas, SP: Papyrus, 2001.
- NERI, A.L **Qualidade de vida na Idade Madura.** 2. Ed. Campinas: Papyrus, 1999; 284p.
- Néri AL. Maturidade e velhice. *Trajetórias individuais e socioculturais.* 1. ed. Campinas: Papyrus editora, 2001. 200p.
- OKUMA,SS. **O Idoso e a Atividade Física: Fundamentos e pesquisa** 2ª Ed. Campinas; Papyrus, 2002.
- PAULA, J. A. M. **Avaliação do idoso: Capacidade funcional, independência e sua relação com outros indicadores de saúde.** Campinas, SP. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, 2007.
- PEREIRA, L. S. M. et al. **Programa Melhoria da Qualidade de vida dos Idosos Institucionalizados.** Disponível em: <http://www.ufmg.br/proex/arquivos/8Encontro/Saude_41.pdf>. Acessado em 25/11/2011. Às 18 h 30 min.
- PIKUNAS, J. (1979). *Desenvolvimento humano: uma ciência emergente.* São Paulo: [s.n].
- QUINTANILHA, Leomar. **Viver Bem a Terceira Idade.** Senado Federal: Brasília, 2007.
- RAMOS,LR Fator Determinante do Envelhecimento Saudável em Idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidosos Cad. Saúde publica, Rio de Janeiro, 19 (3:793-798 mai-jun, 2003).

- RAHAL, Miguel Antônio et al. Atividade Física para o Idoso e Objetivos. In: PAPALÉO NETTO, Matheus; *Tratado de Gerontologia*. 2. ed. Ver. e ampl. São Paulo: Atheneu, 2007. pp. 781-793.
- Rikli, RE; JONES, CJ Desenvolvimento e Validação de um teste de aptidão funcional para comunidade residente Adultos mais velhos. *Jornal de Envelhecimento e Atividade Física*, Champaign, v.7, n.2, p.129-181, 1999.
- ROSE et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública* 2003; 37: 40-48.
- ROLIM, F.S. Atividade física e os domínios da qualidade de vida e do autoconceito no processo de envelhecimento. Campinas, SP. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas, 2005.
- SANCHEZ, Maria Angélica. A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica. *Textos sobre envelhecimento*, Rio de Janeiro, v. 03, n. 03, p. 01-17, 2000.
- SAFRIT, M.J.; WOOD, T.M. **Measurement concepts in physical education and exercise**. Champaign, Human Kinetics, 1989.
- SANTOS, S. M. A. Idosos, Família e Cultura. 1º Ed. Alínea. 2003; 227p.
- SANTOS, A.F.A. *Qualidade de vida e solidão na terceira idade*. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Trabalho de Conclusão de Curso. Disponível em <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1179/3/Monografia.pdf>. Porto, 2008.
- SPIRDUSO W. *Physical Dimensions of Aging*. 1st ed. Champaign: Human Kinetics, 1995.
- SHEPHARD, R. J. **Envelhecimento, atividade física e saúde**. São Paulo: Phorte, 2003.
- TEIXEIRA C.S., PEREIRA E.P., ROSSI A.G. A hidroginástica como meio para manutenção da qualidade de vida e saúde do idoso. *Acta Fisiatr*. V.14, nº4, 2007.
- VERAS, R.P. et al. **Um envelhecimento para o cidadão do futuro** Rio de Janeiro: Relume Dumaré: UERJ/UnATI; 1995.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Estatuto do Idoso, Série E. Legislação de Saúde, 1ª edição, 2ª reimpressão, Brasília-DF 2003.
- MORRIS, JN. Exercise in the prevention of coronary heart disease: today's best buy in public health. *Med Sci Sports Exerc.* 1994;26:807-14.
- NERI, A.L. (2000). Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In Duarte, YAO. E Diego, MJD. (orgs) Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Editora Ahneu.
- NERI, A. L. As políticas de atendimento aos direitos da pessoa idosa expressas no Estatuto do Idoso. *A Terceira Idade*, v. 16, p. 7-24, 2005.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Segunda Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento. **População e envelhecimento**: factos e números. Disponível em: <<http://www.onuportugal.pt/envelhecimento.htm>>. Acesso em: 06 ago. 2002.
- ZAGO, A. S. Relação do nível da atividade física com os fatores de risco de doenças coronarianas associados a bioquímica sanguínea e à composição corporal e mulheres ativas de 50 a 70 nos. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-Graduação em Educação Física). Universidade Estadual Paulista “ Júlio de Mesquita Filho”, Rio Claro, 2002.
- ZAGO AS, Gobbi S. Valores normativos da aptidão funcional de mulheres de 60 a 70 anos. *Ver Bras Ciên Mov* 2003; 11 (2): 77-86.

Anexos

Anexo 1:



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
PROGRAMA PRÓ-LICENCIATURA
CURSO: EDUCAÇÃO FÍSICA
BATERIA DE TESTES PARA MEDIR A AVALIAÇÃO FUNCIONAL
DOS IDOSOS**

CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA A DISTÂNCIA – UnB / Unir/UniFAP Ficha de Avaliação de Aptidão Física Para Terceira Idade Grupo viver melhor		
ENDEREÇO:		
CIDADE: Monte Negro - RO	BAIRRO:	CEP: 76.888.000
TELEFONE: ()	EMAIL:-----	
NOME COMPLETO DO ALUNO:		
SEXO: () M () F	DATA DE NASCIMENTO:	
NOME DA MÃE:		
NOME DO PAI:		
DATA DE AVALIAÇÃO:	HORÁRIO:	TEMPERATURA:

	Baterias de testes	1ª	2ª	3ª	Permanece o melhor tempo
1º teste	Agilidade e equilíbrio dinâmico (AGIL)				
2º teste	Coordenação				
3º teste	Flexibilidade				
4º teste	Força e endurance de membros superiores (RESISFOR)				
5º teste	Resistência aeróbica geral e habilidade de andar (RAG)				

Anexo 2:



Universidade de Brasília
Universidade Aberta do Brasil
Faculdade de Educação Física



QUESTIONÁRIOS 2:

FICHA DE AUTO AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL

NOME: _____

IDADE: _____

SEXO: _____

Para as seguintes atividades assinale o número (1, 2, ou 3) que melhor expressa a sua capacidade de realizar essa atividade, independente de você realizá-la ou não. Numere conforme os critérios a sua capacidade de realizar essas atividades.

- (1) Realiza SEM AJUDA e com facilidade;
- (2) Realiza SEM AJUDA e com algum grau de dificuldade;
- (3) Realiza COM AJUDA ou depende de outros para realizar.

ATIVIDADES	1	2	3
1. Comer e beber.			
2. Lavar o rosto e as mãos.			
3. Ir ao banheiro.			
4. Levantar da cadeira.			
5. Movimentar-se dentro de casa.			
6. Entrar e sair da cama.			
7. Vestir-se.			
8. Tomar banho.			
9. Movimentar-se fora de casa em terreno plano.			
10. Subir e descer escadas.			
11. Cuidar dos pés e das unhas.			
12. Atividades LEVES de limpeza de casa .			
13. Preparar o jantar.			
14. Preparar café da manhã.			

15. Arrumar a cama.			
16. Lavar e passar roupa.			
17. fazer compras			
18. Atividade PESADAS de limpeza da casa.			

Anexo 3:



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA PROGRAMA PRÓ-LICENCIATURA CURSO: EDUCAÇÃO FÍSICA

PÓLO _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine o documento de consentimento de sua participação, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Pólo _____ do Programa Pró-Licenciatura da Universidade de Brasília pelo telefone (XX____) ____-____.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: _____

Responsável: _____ (nome do orientador)

Descrição da pesquisa:

Resumo descritivo da pesquisa, a ser construído conforme objeto e objetivos definidos a partir do Projeto de Pesquisa.

Observações importantes:

A pesquisa não envolve riscos à saúde, integridade física ou moral daquele que será sujeito da pesquisa. Não será fornecido nenhum auxílio financeiro, por parte dos pesquisadores, seja para transporte ou gastos de qualquer outra natureza. A coleta de dados deverá ser autorizada e poderá ser acompanhada

por terceiros. O resultado obtido com os dados coletados, bem como possíveis imagens, serão sistematizados e posteriormente divulgado na forma de um texto monográfico, que será apresentado em sessão pública de avaliação disponibilizado para consulta através da Biblioteca Digital de Monografias da UnB.

Anexo 4:

TERMO DE CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Eu, _____
_____, RG _____, CPF _____, abaixo
assinado, autorizo a utilização para fins acadêmico científicos do conteúdo do
(teste, questionário, entrevista concedida e imagens registradas – o que for o
caso) para a pesquisa: _____ (título do
projeto de pesquisa).

Fui _____ devidamente _____ esclarecido _____ pelo _____ (a)
aluno(a): _____

sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os seus
objetivos e finalidades. Foi-me garantido que poderei desistir de participar em
qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade. Também fui
informado que os dados coletados durante a pesquisa, e também imagens,
serão divulgados para fins acadêmicos e científicos, através de Trabalho
Monográfico que será apresentado em sessão pública de avaliação e
posteriormente disponibilizado para consulta através da Biblioteca Digital de
Monografias da UnB.

Local e data

Nome e Assinatura

Anexo 5



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
PROGRAMA PRÓ-LICENCIATURA
CURSO: EDUCAÇÃO FÍSICA

PÓLO: PORTO VELHO/RO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Sua instituição está sendo convidada para participar, como voluntária em uma pesquisa. Os sujeitos que irão participar serão devidamente esclarecidos sobre as informações acerca da pesquisa, no caso de aceitar fazer parte do estudo. Deste modo, pedimos a sua autorização para que possamos convidar os integrantes de sua instituição a participar da pesquisa acadêmica relacionada abaixo, assinando este documento de consentimento da participação institucional, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa a instituição não será penalizada de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Pólo de Porto Velho/RO do Programa Pró-Licenciatura da Universidade de Brasília pelo telefone () ____-____.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Fatores determinantes para a avaliação da capacidade funcional de idosos participantes do grupo "Viver Melhor" do município de Monte Negro/RO

Responsável: Josilene Almeida de Barros

Descrição da pesquisa:

Aplicar através da avaliação funcional atividades que já estão inseridas no seu cotidiano como caminhada, alongamento e AVD nos idosos participantes do grupo Viver Melhor Município de Monte Negro/RO, com os objetivos de: Realizar testes de avaliação funcional nos participantes do grupo viver melhor, comparar os resultados dos testes com outros idosos participantes do estudo, respeitando suas limitações e apresentar os efeitos que a prática regular da atividade física proporcionou aos participantes do projeto viver melhor.

Observações importantes:

A pesquisa não envolve riscos à saúde, integridade física ou moral daquele que será sujeito da pesquisa. Não será fornecido nenhum auxílio financeiro, por parte dos pesquisadores, seja para transporte ou gastos de qualquer outra natureza. A coleta de dados deverá ser autorizada e poderá ser acompanhada por terceiros. O resultado obtido com os dados coletados, bem como possíveis imagens, serão sistematizados e posteriormente divulgado na forma de um texto monográfico, que será apresentado em sessão pública de avaliação disponibilizado para consulta através da Biblioteca Digital de Monografias da UnB.

TERMO DE CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Eu, Adina de Souza Ramos
RG 4 143 131-8558/PA, CPF 571 521 369-04

responsável pela instituição

Secretaria Municipal de Gestão e Desenvolvimento

autorizo, conforme abaixo assinado, a utilização para fins acadêmico científicos do conteúdo do (teste, questionário, entrevista concedida e imagens registradas – o que for o caso) para a pesquisa: Fatores determinantes para a avaliação da capacidade funcional de idosos participantes do grupo "Viver Melhor" do município de Monte Negro/RO

Fui devidamente esclarecido pelo (a) estudante: Cassia Leite Serejo, sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os seus objetivos e finalidades. Foi-me garantido que a instituição ou qualquer um de seus participantes poderão desistir de participar em qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade. Também fui informado que os dados coletados durante a pesquisa, e também imagens, serão divulgados para fins acadêmicos e científicos, através de Trabalho Monográfico que será apresentado em sessão pública de avaliação e posteriormente disponibilizado para consulta através da Biblioteca Digital de Monografias da UnB.

Local: Secretaria de Ação Social

Monte Negro, 18 de maio de 2012

Adina de Souza Ramos
Nome e Assinatura
14.533.419/0001-00
Carimbo da Instituição
FUNÇÃO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA
SOCIAL DE MONTE NEGRO
RUA CASTELO BRANCO - 2990 - SETOR 01
CEP: 78-855-000 MONTE NEGRO / RO