

ESTUDO COMPARATIVO SOBRE A AUTONOMIA FUNCIONAL DE IDOSAS PRATICANTES DE FISIOMOTRICIDADE E IDOSAS PRATICANTES DE ATIVIDADE FISICA REGULAR

KARLA VIRGINIA BEZERRA DE CASTRO SOARES
Centro Universitário do Maranhão, UNICEUMA, São Luis, MA, Brasil.
Laboratório de Aprendizagem Neural
Performance Motora (LANPEM) - UCB- Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
E-mail :karla1441@yahoo.com.br.

VIRGÍNIA LIMA ROSSATI DE QUEIROZ
Aluna do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário do Maranhão. *UNICEUMA, São Luis, MA, Brasil*. E-mail: vivirossati@gmail.com

JAQUELINE MARANÃO PINTO LIMA
Centro Universitário do Maranhão. *UNICEUMA, São Luis, MA, Brasil*

MARIA ERIVANIA ALVES DE ARAUJO
Centro Universitário do Maranhão. *UNICEUMA, São Luis, MA, Brasil*

VERNON FURTADO DA SILVA
Laboratório de Aprendizagem Neural e Performance Motora (LANPEM) - UCB- Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Castelo Branco, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
E-mail:vernonfurtado2005@yahoo.com.br

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é um processo progressivo, gradual e variável, caracterizado entre tantos fatores pela perda de reserva funcional e pelas alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas do indivíduo (MESQUITA et al., 2009; CARVALHO; CARVALHO, 2008).

A literatura clássica aponta, entre as causas do envelhecimento, aquelas provocadas pelo processo normal, ou seja, fatores intrínsecos e aquelas decorrentes de influências externas, os fatores extrínsecos, e como efeitos do envelhecimento, as alterações biopsicossociais na vida do idoso onde podem ser citados o desgaste progressivo de órgãos e da capacidade, turbulências sócio-emocionais e psíquicas, e diminuição da autonomia funcional e qualidade de vida (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006). Logo, percebe-se uma estreita relação entre as alterações biopsicossociais, e a autonomia funcional do idoso, onde Duthie e Katz (2002) afirmam que as limitações nas funções biopsicossociais podem resultar em perdas severas na autonomia funcional com repercussão sobre a qualidade de vida do idoso.

Para Carvalho Filho e Papaléo Netto (2005), o bojo da ciência passou a reconhecer que a verdadeira meta da medicina preventiva no idoso deve ser a manutenção de sua capacidade funcional e cognitiva, dificultando desta forma o surgimento de doenças, protegendo contra a dependência, o que significa a preocupação com a autonomia funcional.

A autonomia funcional refere-se a um atributo do sujeito como pessoa, intimamente relacionado à capacidade de tomar decisões e executar seus próprios desígnios (RAMOS, 2008). Para o idoso, a autonomia funcional é mais útil que a independência (capacidade de realizar algo), pois pode ser restaurada por completo, mesmo que o indivíduo continue dependente (PAPALEO NETTO, 2002).

Logo, a autonomia funcional do idoso possui uma ligação direta com os seus hábitos diários, podendo ser influenciada pelo estilo de vida (ativa ou sedentária) adotado: a vida ativa pode concorrer para a autonomia funcional, já o sedentarismo pode comprometê-la (BELLONI et al., 2008).

Considerando que o sedentarismo constitui-se a falta ou redução da atividade física, induzida por hábitos decorrentes dos confortos da vida moderna, estudos indicam inúmeros

óbitos ocasionados pelo sedentarismo (infarto, osteoporose, acidente vascular encefálico, Diabetes Mellitus, hipertensão arterial etc.) (THOMAZ; BORSOI; VIEBIG, 2008). No Brasil, o sedentarismo é característica no estilo de vida da pessoa idosa, principal causa de morte na idade adulta e fator de risco para o surgimento de doenças, com maior prevalência em mulheres idosas (ZAITUNE et al., 2007; GOYAZ, 2003).

A atividade física constitui um movimento corporal, através dos exercícios físicos direcionados, que promove bem-estar, auto-estima e longevidade (PASCOAL; SANTOS; BROEK, 2006). Em idosos, ela é fundamental para a melhoria da disposição, da capacidade física e psíquica, e a manutenção da autonomia funcional e da qualidade de vida (TRIBESS; VIRTUOSO; JR., 2004; VECCHIA et al., 2005; VALE et al., 2006).

No âmbito da atividade física, destaca-se um protocolo terapêutico desenvolvido por Soares (2008), seguindo os pressupostos da teorização de Melzack, em 1968 e 1971, referente à supressão de dor, e a viabilização da função neuromotora ajustada ao movimento. Na prática, a Fisiomotricidade procura uma otimização da relação entre tempo e movimento articular durante os exercícios, permitindo a completude deste, atendendo a dois itens de benefícios: um referente à manutenção de participação, e outro à carga e atrito da contração muscular, sobre os ossos e articulações em movimento.

A diferença deste protocolo para os demais é a ênfase dada aos itens, na harmonia de cada parte dos exercícios que integram o protocolo total. É realizado em grupo, obedecendo à estrutura de um protocolo dividido em níveis de intensidade e complexidade, caracterizada pelo baixo e médio impacto dos exercícios, iniciando suavemente e finalizando com um condicionamento físico ideal para o retorno às atividades físicas convencionais (SOARES; A. NETO; SILVA, 2009).

Pesquisas, como as de Lin et al. (2001), Silva e Lage (2006), Caromano, Ide e Kerbauy (2006), Castro, Silva e Silva (2008) e Castro, Silva e Silva (2009) ressaltam a importância de incluir-se em grupos de atividade física, idosos com queixas próprias do processo senescente (dores e limitações funcionais), antes considerados fatores de exclusão, revelando resultados positivos quanto à melhora da dor e da autonomia funcional, através da Fisiomotricidade.

Assim, o objetivo desta pesquisa foi realizar um estudo comparativo do nível de autonomia funcional de mulheres idosas (antes portadoras de dor e limitação funcional) praticantes de Fisiomotricidade e mulheres idosas saudáveis praticantes de atividade física regular, clientes de serviços médico-assistenciais em São Luís, Maranhão (MA), no ano de 2009.

2 METODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido respeitando as normas estabelecidas na resolução 196-96 do conselho nacional de saúde de 10-10-1996 com relação à realização de pesquisas em seres humanos, com o protocolo de número 0075/2008 UCB/VREPGPE/COMEP/PROCIMH onde as voluntárias bem como a instituição onde se realizou a pesquisa, de comum acordo, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Tratou-se de um estudo transversal, comparativo, descritivo, em forma de levantamento, e de abordagem quantitativa. O campo de pesquisa foi o Centro Integrado de Medicina e Odontologia (CIMO) e o Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI), em São Luís – MA. A população foi constituída por mulheres senescentes acima de 60 anos, praticantes de apenas uma das duas categorias de exercícios, no ano de 2009, e, conforme o critério de inclusão, o grupo amostral foi formado de dois grupos, na faixa etária de 65 a 75 anos, selecionadas de forma aleatória, frequentadoras dos locais de estudo. O critério de exclusão foi mulher fora da faixa etária estabelecida, praticantes com tempo menor que seis meses, praticar um outro tipo de atividade física que não fosse a do estudo, incapacidade cognitiva ou física para a realização dos testes, ou ainda que se negasse a responder às questões do estudo. Utilizou-se como instrumento de pesquisa assinatura do

TCLE, entrevista semi-estruturada para a adoção de um perfil uniforme e realização do teste de Autonomia Funcional do Grupo de Desenvolvimento Latino-Americano para a Maturidade (Protocolo GDLAM) (VALE, 2005). A coleta de dados foi feita a partir da divisão de mulheres idosas no Grupo Praticante de Atividade Física (G1) e Grupo Praticante de Fisiomotricidade (G2). A análise dos dados ocorreu pelo uso do teste t-Student, do teste Qui-quadrado (para tabelas de contingências 2x2), ao nível de 5% de significância (um valor-p < 0,05 é um resultado significativo indicando a decisão de se rejeitar a hipótese nula, ou seja, Ho).

3 RESULTADO E DISCUSSÃO

Da análise das respostas obtidas das mulheres idosas, a partir da aplicação do teste do Protocolo GDLAM para os dois grupos, emergiram, respectivamente, os índices de autonomia funcional, que serão apresentados a seguir.

Tabela 1 - Distribuição da frequência de mulheres que realizam atividade física regular, na relação com a idade e autonomia funcional estabelecida pelo índice de GDLAM (IG)

Índice GDLAM	Faixa Etária 65 a 70 anos		Faixa Etária Maiores de 70 anos		(p)
	f	%	f	%	
- Fraco	06	35,29	07	53,85	0,0188
- Regular	03	17,65	02	15,38	
- Bom	04	23,53	03	23,08	
- Muito Bom	04	23,53	01	7,69	
TOTAL	17	100	13	100	

Legenda: IG – Fraco= + 27,42; Regular= 27,42 – 24,98; Bom= 29,97 – 22,66; Muito Bom= - 22,66

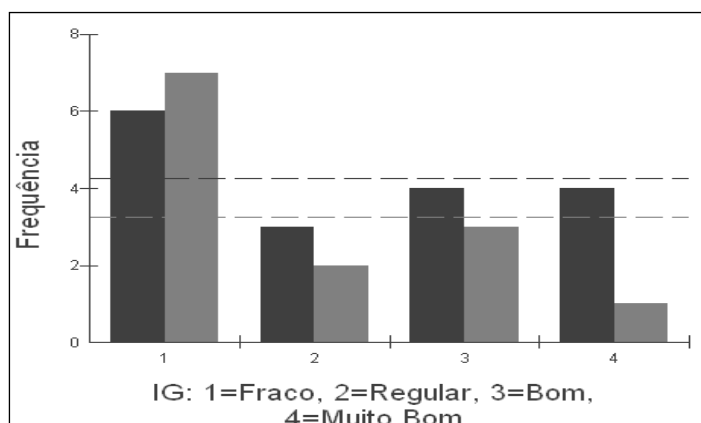


Gráfico1 - Distribuição de frequência de mulheres que realizam atividade física regular e sua relação com a idade e autonomia funcional estabelecida pelo Índice de GDLAM (IG)

Na Figura1 ficaram definidas maiores frequências com IG fraco, nos dois momentos da pesquisa (entre 65 a 70 anos e, >70 anos), respectivamente, (N=06; 35,29); (N=7; 53,85%). Na análise estatística, realizada com teste Qui-quadrado, em uma amostra para resultados esperados desiguais indicativos da autonomia funcional e sua relação com a faixa etária, ficou estabelecido um **p= 0, 0188**. Dessa forma, é possível afirmar que existe uma relação de dependência negativa e significativa entre a idade e autonomia funcional, nas mulheres investigadas que praticam atividade física regular.

Esses dados confirmam os estudos que evidenciaram a relação entre idade e perda de autonomia funcional, demonstrando que o aumento da idade pode ser nefasto a autonomia, e, em geral, as pessoas estão conseguindo chegar a idades avançadas, porém, com capacidade funcional deteriorada, uma vez que o sedentarismo ou atividade física inadequada é uma freqüente característica em seus estilos de vida, como determinou o resultado do grupo analisado (SILVA; RABELO, 2006; PASCOAL; SANTOS; BROEK, 2006; CARVALHO; CARVALHO, 2008; THOMAZ; BORSOI; VIEBIG, 2008; BELLONI et al., 2008; RAMOS, 2008; TRIBESS; VIRTUOSO; JR., 2004; GOYAZ, 2003).

Cada vez mais pesquisas têm evidenciando que a atividade física é um recurso importante para minimizar a degeneração provocada pelo envelhecimento, possibilitando ao idoso manter uma qualidade de vida ativa; no entanto, a atividade física regular nem sempre contribui para evitar as incapacidades associadas ao envelhecimento, apesar de seu enfoque principal ser a promoção de saúde (PASCHOAL apud FREITAS et al., 2002; SILVA; RABELO, 2006; RAMOS, 2008; MIRANDA, 2009).

Tabela 2 - Distribuição da frequência de mulheres que realizam Fisiomotricidade, na relação com a idade e autonomia funcional estabelecida pelo índice de GDLAM

ÍG	Faixa Etária 65 a 70 anos		Faixa Etária Maiores de 70 anos		(p)
	f	%	f	%	
- Fraco	03	21,43	02	25,00	p= 0, 0293
- Regular	02	14,28	02	25,00	
- Bom	03	21,43	02	25,00	
- Muito Bom	06	42,86	02	25,00	
TOTAL	14	100	08	100	

Legenda: IG – Fraco= + 27,42; Regular= 27,42 – 24,98; Bom= 29,97 – 22,66; Muito Bom= - 22,66

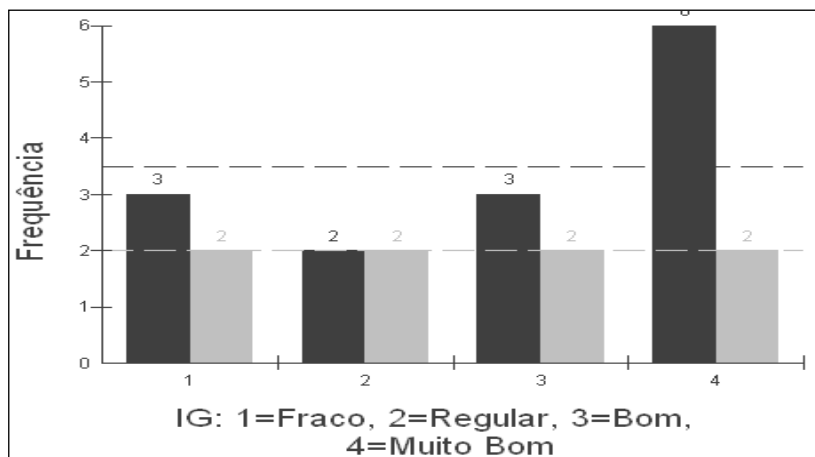


Gráfico 2 - Distribuição de frequência de mulheres que realizam Fisiomotricidade e sua relação com a idade e autonomia funcional estabelecida pelo Índice de GDLAM.

Na Figura2 ficaram definidas maiores frequências com IG Muito Bom, entre 65 e 70 anos (N=06; 42,86%), no entanto para mulheres com idade >70 anos, não houve variação da frequência em relação aos diferentes índices estabelecidos pelo GDLAM (N=02; 25%). Na análise estatística, realizada com teste Qui-quadrado em uma amostra para resultados esperados desiguais indicativos da autonomia funcional e sua relação com a faixa etária ficou estabelecido um **p= 0, 0293**. Dessa maneira, é possível afirmar que existe uma

relação de dependência positiva e significativa entre a idade e autonomia funcional, nas mulheres investigadas que praticam Fisiomotricidade.

Esse resultado está em consonância com os achados de Soares, A. Neto e Silva (2009) e Soares (2008), em pesquisa junto a um grupo de 30 mulheres na faixa etária entre 65 e 70 anos, com indicação médica para fisioterapia, que expressavam queixa de dor e revelavam limitação funcional, e submeteram-se à intervenção do protocolo cinesioterapêutico Fisiomotricidade, em que foi constatada a ocorrência de reduções nos índices de dor, e, ao final, 13,8% do grupo não apresentava mais a sintomatologia.

Lauande (2005), em pesquisa junto às mulheres com sintomatologia dolorosa, conseguiu constatar a melhora da funcionalidade e, conseqüente, qualidade de vida, através da aplicação da Fisiomotricidade, em que as pacientes relataram melhora no bem-estar geral e redução da dor. Nesse sentido, diversos estudos, como os de Lin et al. (2001), Silva e Lage (2006), Caromano, Ide e Kerbauy (2006), Castro, Silva e Silva (2008) e Castro, Silva e Silva (2009) têm sugerido diversas formas de terapias físicas e cognitivo-comportamentais para a minimização ou eliminação de estados de dor.

5 CONCLUSÃO

A Fisiomotricidade configurou-se numa alternativa para manter ativas idosas portadoras de doenças crônico-degenerativas, antes sedentárias devido à dor ou limitações funcionais. Através deste estudo foi possível concluir-se que a atividade física é crucial em idades avançadas, mesmo sendo esta de baixo impacto, já que mantém padrões na autonomia funcional e repercussão na melhora da qualidade de vida tanto quanto uma atividade física convencional. Em assim sendo, o ápice do estudo se configurou na constatação de que as limitações musculoesqueléticas não devem ser consideradas como fator excludente e sim, como alerta para uma atenção acirrada que suscite a busca não somente pela resolução dos sinais e sintomas, como também para o entendimento da sua causa.

REFERÊNCIAS

- BELLONI, D. et al. Estudo comparativo entre a autonomia funcional de mulheres idosas praticantes e não praticantes de hidroginástica. **Revista de Educação Física**, n. 140, 2008.
- CAROMANO, C.; IDE, M. R.; KERBAUY, R. R. Manutenção na prática de exercícios por idosos. **Revista do Departamento de Psicologia – UFF**, Niterói, v. 18, n. 2, jul./dez. 2006.
- CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.
- CARVALHO; M. C. M.; CARVALHO, G. A. Atividade física e qualidade de vida em mulheres idosas. **Revista Digital**, Buenos Aires, v. 13, n. 122, jul. 2008.
- CASTRO, K. V. B.; SILVA, A. L. S.; SILVA, V. F. Fisiomotricidade de intensidade adequada a limiares de dor: eficácia sobre o ganho de massa óssea de idosas osteoporóticas. **Fisioterapia Brasil**, São Paulo, v. 9, p. 315-321, 2008.
- CASTRO, K. V. B.; SILVA, A. L. S.; SILVA, V. F. Fisiomotricidade em dor, autonomia funcional e massa óssea de idosas osteoporóticas. **Motriz**, Rio Claro, v. 15, n. 2, p. 273-283, abr./jun. 2009.
- DUTHIE, J. R. E.; KATZ, P. **Geriatrics prática**. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.
- FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatrics e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- GOYAZ, M. Vida ativa na melhor idade. **Revista da UFG**. Goiás, v. 5, n. 2, dez. 2003.
- LAUANDE, P. P. **Benefícios do protocolo “Ginástica Doce” em mulheres osteopênicas / osteoporóticas pós-menopausadas**. Monografia (Graduação em Fisioterapia) - Centro Universitário do Maranhão, São Luís, 2005.
- LIN, T. Y. et al. A Medicina física e reabilitação em doentes com dor crônica. **Rev Med**, São Paulo, v. 80, n. 2, p. 245-255, 2001.

MESQUITA, G. V. et al. Morbimortalidade em idosos por fratura proximal do fêmur. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n. 1, jan./mar. 2009.

MIRANDA, R. D. **Atividade física e envelhecimento**. Disponível em: <http://www.scf.unifesp.br/artigos/artigo_1_geriatria.htm>. Acesso em: 15 jun. 2009.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. Tradução de Daniel Bueno. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PASCOAL, M.; SANTOS, D. S. A.; BROEK, V. V. **A atividade física pode ser considerada uma prática preventiva, capaz de levar o idoso a viver a vida de maneira mais prazerosa**. Motriz, Rio Claro, v. 12, n. 3, p. 217-228, set./dez. 2006.

RAMOS, L. J. **Avaliação do estado nutricional, de seis domínios da qualidade de vida e da capacidade de tomar decisão de idosos institucionalizados e não-institucionalizados no município de porto alegre, RS**. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

SILVA, M.; RABELO, H. T. Estudo comparativo dos níveis de flexibilidade entre mulheres idosas praticantes de atividade física e não praticantes. **Movimentum - Revista Digital de Educação Física**, Ipatinga: Unileste-MG, v.1, ago./dez. 2006.

SILVA, S.; LAGE, L. L. Fibromialgia. **Rev Bras. Reumatol**, v. 46, n.1, jan./fev. 2006.

SOARES, C. V. B. C. **Verificação da eficácia de um método fisioterapêutico sobre a dor e autonomia funcional de idosas com perdas de massa óssea**. 108p. Dissertação (Mestrado em Ciência da Motricidade humana) – Universidade Castelo Branco, Rio de Janeiro, 2008.

SOARES, K. V. B. C.; NETO, N. T. A.; SILVA, V. F. Fisiomotricity of adequate intensity the pain thresholds: effectiveness on the pimax and pemax of aged women with osteoporosis. **FIEP BULLETIN**, v. 79, Special Ed. Article II, p. 497-500, 2009.

THOMAZ, F. S.; BORSOI, G. L.; VIEBIG, R. F. **Revista Digital**, Buenos Aires, v. 13, n. 123, ago. 2008.

TRIBESS, S.; VIRTUOSO JR., J. S. Atividade física e qualidade de vida em mulheres idosas. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC – Brasil. **Revista Digital Buenos Aires**, v. 10, n. 73, jun. 2004.

VALE, R. G. S. Avaliação da autonomia funcional do idoso. **Fitness & Performance Journal**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 13-17, 2005.

VALE, R. G. S. et al. Efeitos do treinamento resistido na força máxima, na flexibilidade e na autonomia funcional de mulheres idosas. **Revista Brasileira Cineantropom Desempenho Humano**, 2006.

VECCHIA, R. D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev Bras de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 3, set. 2005.

ZAITUNE, M. P. A. et al. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos. **Cad. Saúde Pública LILACS**, Campinas, SP, p. 1329-1338, jun. 2007.

Autor correspondente:

Karla Virgínia Bezerra de Castro Soares

Avenida dos Holandeses, Quadra 28, nº 01, Apt. 201. Ed. Península Soares. Bairro: Ponta da Areia. São Luis-Ma. CEP: 65075-650

Fones: 98-32278536 e 98-88051314

Karla1441@yahoo.com.br