

ESTILO DE VIDA E AUTONOMIA DE IDOSOS PRATICANTES E NAO PRATICANTES DE ATIVIDADES EM ACADEMIA

MARCIO M. SANT"ANA, MARCELO M. SANT"ANA, MARCIA ALBERGARIA
Curso de Educação Física_LAFIEX - Campus Akxe. Universidade Estácio de Sá, RJ, Brasil.
prof.marcelosantana@gmail.com; prof.marciosantana@gmail.com; mba2802@gmail.com

INTRODUÇÃO

A população de idosos cresce de forma significativa, cerca de 15 % da população do estado do Rio de Janeiro têm mais de 60 anos. No Brasil hoje para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos existem 24,7 idosos de 65 anos ou mais, estes números crescem em ritmo proporcional de forma que em 2050, esse número irá se inverter para 100 crianças de 0 a 14 existirão 172, 7 idosos (IBGE 2009). Há uma preocupação quanto este aumento na expectativa de vida, pois ter mais anos de vida não significa ter saúde, com o envelhecimento surgem diversas doenças relacionadas à idade. O sedentarismo é um fator que pode agravar ou ser responsável por parte dessas doenças, pois no Rio de Janeiro 45% com mais de 50 anos são insuficientemente ativos (DATASUS, 2005). Um estilo de vida saudável pode contribuir para reduzir riscos e/ou desacelerar o nível de doenças relacionadas ao processo de envelhecimento.

As estruturas ósseas passam por um remodelamento diário, com o envelhecimento este processo começa a falhar na manutenção do ritmo de reabsorção. Ocorrendo com isso a perda de 1% de tecido ósseo ao ano e com a osteoporose (doença óssea metabólica) de 2% a 3% ao ano. Os ossos da coluna, quadris e punho têm a perda óssea de forma maior e mais acelerada o que gera uma vulnerabilidade maior a fraturas e quedas.

No sistema articular, com o envelhecimento surge uma doença chamada osteoartrite (doença degenerativa das articulações), mais comum nos dedos, joelhos e quadris. Esta debilidade prejudica a mobilidade e com a dor gerada nas articulações estas pessoas se movimentam menos, tornando as articulações mais rígidas e menos flexíveis reduzindo a mobilidade. Exercícios de alongamento melhoram a flexibilidade destas articulações amenizando a dor local e proporcionando uma melhor mobilidade articular (SPIRDUZO, 2005).

Com o envelhecimento no sistema muscular ocorre uma redução gradual nas suas capacidades de desempenho e força muscular chamada Sarcopenia. Causada pelos efeitos combinados da deterioração neuromotora progressiva e da redução na sobrecarga muscular regular (MCARDLE, 2003). Algumas fibras musculares são perdidas, estas são substituídas por gordura ou tecido conjuntivo fibroso, tal perda compromete a mobilidade (FLECK e KRAEMER, 2006). Uma das maneiras mais eficazes de melhorar a força e aumentar a massa muscular é através do treinamento de força, pois idosos que treinaram força por 16 semanas apresentaram um aumento entre 30% e 75% a força de 1RM, além do aumento da autonomia e da flexibilidade (GOMES *et al*, 2006). Praticantes de atividade física de força ou resistência apresentam uma qualidade de vida significativamente melhor, que os não praticantes (QUINTÃO *et. al*. 2009). Em adição a perda de massa e força muscular, ocorre um decréscimo na capacidade dos músculos de exercerem força rapidamente (potência muscular) o idoso leva mais tempo para mandar o estímulo ao sistema nervoso central e mais tempo para que o músculo processe a resposta a esse desequilíbrio e se recupere (FLECK, KRAEMER, 2006). Treinando potência com indivíduos idosos é possível contribuir para melhora nos níveis de força e potência muscular (BARROS e CALDAS, 2009).

Um dos benefícios mais buscados com o treinamento resistido praticado por idosos é o desenvolvimento ou aprimoramento da autonomia, que é a capacidade de executar o que se considera importante para uma boa qualidade de vida (FARINATTI, 2008). O treinamento contra resistência praticado por pessoas idosas proporciona melhora nas valências físicas equilíbrio, agilidade, coordenação e na marcha gerando uma maior autonomia funcional e uma maior mobilidade em suas AVD's (DA SILVA *et. al*, 2007).

Devido ao aumento de idosos praticantes de treinamento resistido em academias, e a importância para este público, gerou-se uma curiosidade em descobrir que melhora este tipo de treinamento proporciona na vida destes idosos.

O objetivo deste estudo foi verificar o nível de autonomia em idosos, com idade entre 60 e 75 anos de ambos os gêneros praticantes de treinamento de força, na cidade do Rio de Janeiro. Relacionando a autonomia de indivíduos praticantes e não praticantes desta modalidade. Levando indicativos de como o treinamento de força pode favorecer uma melhor autonomia e um melhor estilo de vida para a população idosa.

METODOLOGIA

O estudo foi de campo de caráter direto descritivo (THOMAS e NELSON, 2002). Participaram do estudo três grupos de idosos aparentemente saudáveis (ACSM, 2002) na faixa etária entre 60 e 76 anos de idade. Moradores do estado do Rio de Janeiro. sendo G1- idosos que treinam musculação (9 indivíduos); G2- idosos que praticam outras atividades físicas (16 indivíduos) e G3- idosos sedentários (11 indivíduos) com um total de 36 idosos.

O presente estudo atende as Normas para a Realização de Pesquisa em Seres Humanos, Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde de 10/10/1996.

A coleta de dados foi realizada em uma academia da zona oeste do Rio de Janeiro no bairro da Barra da Tijuca e em um evento no Recreio dos Bandeirantes onde a Universidade Estácio de Sá, participou, com seus alunos.

Os sujeitos do estudo foram submetidos a uma Anamnese, aferição do IMC, estatura, RCQ (Pollock 1993), Par-Q (CSEP, 2002), e ao IPAQ- versão curta (IPAQ, 2002). Para avaliar o estilo de vida dos indivíduos foi utilizado o perfil de estilo de vida individual proposto por Nahas (2006). Depois de avaliar os idosos foi aplicado o protocolo GDLAM de avaliação da autonomia funcional (DANTAS e VALE, 2004). Foi realizada a análise de tendência central através de média e desvio-padrão das variáveis contínuas.

ANÁLISE DOS DADOS

Com as respostas da Anamnese, e do Par-Q nenhum grupo apresentou qualquer restrição para a participação dos testes da pesquisa. Ao analisar as respostas do questionário IPAQ (versão curta) foram encontrados dados contraditórios quanto ao nível de atividade física, no G1 alguns idosos obtiveram classificação de insuficientemente ativos e no grupo dos sedentários G3 foram encontrados idosos ativos, no G1 isto pode ter sido decorrente da percepção subjetiva do teste ou devido facilidade da vida na cidade como controle remoto e a utilização de veículos de transporte para todos os eventos da vida diária. No G3 estes dados podem ter tido relação com a questão 2 do teste. Quanto ao IMC (Figura 1), foram encontrados resultados parecidos e favoráveis na média dos três grupos G1 IMC=25,28; G2 IMC=25,83 e G3 IMC=26,26. Na média geral os três grupos estão na faixa de sobrepeso, apesar desta proximidade dos resultados o G3 apresenta um número maior de indivíduos na faixa de sobrepeso, obesidade I e II como no artigo de Aquino e Albergaria (2007) no qual os indivíduos idosos insuficientemente ativos são em maior parte na faixa de sobrepeso.

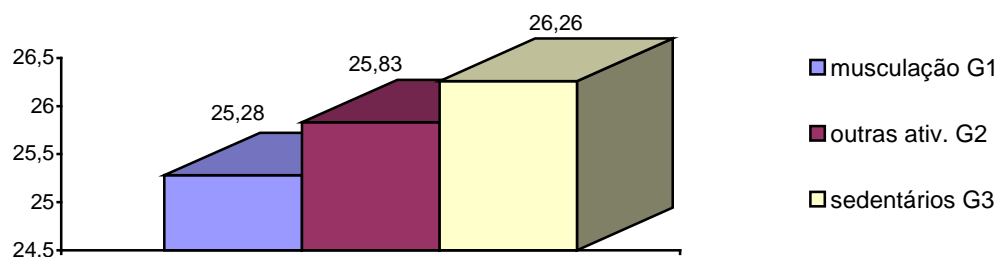


Figura 2: IMC dos três grupos

Quando comparada à massa corporal dos três grupos, pode ser observado que o G1 apresenta resultados próximos ao G3 (Figura 2), porém mesmo tendo essa proximidade o G3 tem um número maior de indivíduos com sobrepeso e obesidades I e II quando comparado ao IMC sugerindo assim que os indivíduos deste grupo têm massa gorda maior pelo baixo nível de atividade física e consequente baixo gasto calórico, além do aumento de tecido adiposo proveniente da diminuição da massa muscular comum no processo de envelhecimento (FLECK e KRAEMER, 2006). E como no estudo de Nascimento (2002) que verificou uma diminuição na massa gorda de indivíduos que praticavam a musculação, o G1 obteve resultados parecidos, porém provavelmente deve ter uma maior massa muscular, em consequência do treinamento. No estudo de Batista, Duarte e Albergaria (2009) foram encontrados dados parecidos quanto ao IMC dos indivíduos sedentários o que pode sugerir uma relação entre o IMC alto e a não prática de atividades físicas e uma relação provável com a massa magra dos indivíduos treinados.

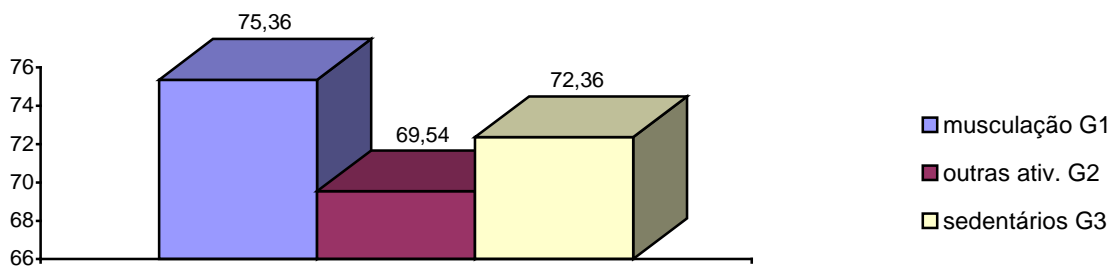


Figura 3: massa corporal dos três grupos

Quanto à composição corporal também foi analisado o RCQ (Figura 3) dos três grupos. Nesta avaliação foram encontrados valores moderados de RCQ para os homens e mulheres do G1 e para os homens do G2, enquanto o grupo de mulheres do grupo G2 e homens e mulheres do G3 obtiveram resultados considerados de risco alto. Esses dados demonstraram que os idosos que praticam atividade física como treinamento de força ou outros, têm menor propensão a doenças cardíacas, e os idosos sedentários têm este risco aumentado. Spirduzo (2005) comenta que os exercícios físicos podem atuar como prevenção ao aparecimento de doenças cardíacas e podem melhorar a qualidade de vida dos idosos que já tem doenças cardíacas.

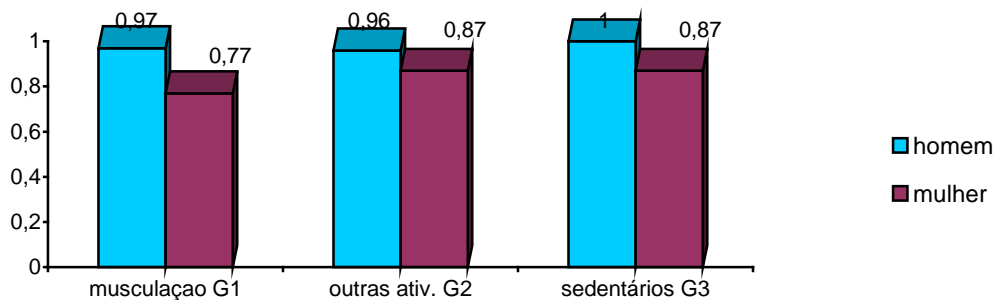


Figura 4: RCQ dos três grupos por gênero

Através do protocolo GDLAN foi avaliado a autonomia funcional dos indivíduos idosos. E para comparação entre os grupos foi utilizada a média geral dos três grupos sendo esta a melhor forma de utilização dos três grupos como visto em Dantas e Vale (2004)

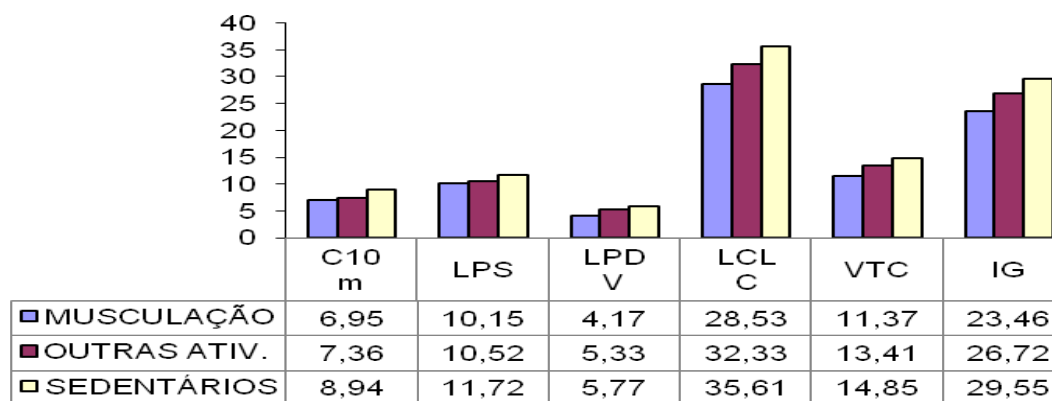


Figura 5: Média do GDLAN dos três grupos

Percebe-se na figura 5, discreta vantagem com relação ao G1 e ao G2 no teste C10m, mesmo assim o único grupo que apresentou resultado regular foi o G1 enquanto o G2 e G3 apresentaram resultados classificados como fraco. O mesmo acontece com os resultados do teste LPS, pois o G1 e G2 obtiveram resultado regular e o G3 fraco. Como pode ser visto em GOMES *et. al.* (2006) no qual os idosos que praticaram o treinamento de musculação obtiveram melhores resultados nestes testes que o grupo dos sedentários.

No teste LPDV o G1 obteve os melhores resultados isto pode ter relação direta com os trabalhos para membros superiores realizados no treinamento de força, que garante ao idoso além do ganho de força maior agilidade e flexibilidade como pode ser observado no estudo de Gonçalves, Gurjão e Gobbi, (2007). O mesmo pode estar também relacionado a vantagem do G1 no teste VTC (vestir e tirar a camisa). No teste LCLC o G1 e G2 obtiveram os melhores resultados o que sugere que além da força e flexibilidade a prática de exercícios físicos de força ou outros(como caminhada ou natação) pode melhorar também, a coordenação motora, a mobilidade e a agilidade dos idosos, garantindo maior autonomia para realização das AVD's. como visto no estudo de Gonçalves *et. al.* (2009) que realizando um programa de treinamento de força por 24 semanas, encontrou melhoras motoras e funcionais nos idosos.

Por último no IG (índice geral) o G1 obteve a classificação bom, o G2 regular e o G3 fraco. Comparando com o artigo de Pereira, Ferraz e Albergaria (2009) encontrou-se dados parecidos quanto aos resultados dos idosos sedentários que no IG também foram classificados como fracos, demonstrando a importância da prática de atividade física tanto de força quanto outras atividades para uma maior autonomia na realização das AVD's.

Foram encontrados resultados preocupantes entre os indivíduos do G3, pois têm o IMC em obesidade I e II e o RCQ em um nível alto, podendo ter relação com os baixos resultados encontrados nos testes do GDLAN, parece que estes fatores associados interferem na qualidade de vida dos idosos devido a baixa autonomia e mobilidade decorrentes do excesso de peso.

Na comparação do estilo de vida dos três grupos Nahas (2006). Primeiro item relacionado à nutrição nos indivíduos entrevistados foram encontradas respostas positivas para os grupos G1 e G2 (Figuras 6 e 7) estes grupos responderam fazer uma boa alimentação, e evitam ingerir alimentos gordurosos, talvez devido à necessidade de nutrientes para a prática de atividades físicas, Com relação ao segundo item do questionário sobre atividade física apenas o G1 dos que praticam musculação deram respostas positivas, dizendo realizar atividade física ao menos 30 min. 5 vezes por semana, além de treinar força e alongamento muscular duas ou mais vezes por semana, o G2 os que praticam outras atividades relataram não realizar atividades de força ou alongamento muscular, porém essas outras atividades como caminhada, natação ou outras fazem 5 ou mais vezes por semana. Já o G3 (Figura 8) dos sedentários, relatou trocar meios de transporte por caminhada ou escadas por elevador o que pode mostrar a vontade de praticar exercícios físicos, neste item outro fato que ocorreu foi do G1 que relatou não trocar

meios de transporte ou elevador, por caminhada, bicicleta ou escadas, o que talvez justifique o resultado encontrado no IPAQ onde alguns idosos deste grupo foram classificados como insuficientemente ativos. Ao serem questionados quanto o comportamento preventivo, o G3 dos sedentários disse não conhecer ou controlar seus níveis de colesterol ou sua pressão arterial, sendo este um dado preocupante, pois este grupo foi classificado como grupo de risco alto (RCQ) e parece não ter conhecimento sobre este risco. Como no estudo de Biazetto *et. al.* (2006) os indivíduos que praticam atividade física demonstraram maior preocupação com a saúde, controlando os níveis de colesterol e pressão arterial e não fumando ou ingerindo bebidas alcoólicas. No componente referente aos relacionamentos os três grupos disseram estar satisfeitos com seus relacionamentos, porém não fazem encontros com estes amigos ou participam em associações ou entidades sociais apenas.

O G2 quando questionado quanto o controle do estresse, relatou não reservar tempo para relaxar ou equilibrar o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer o que pode aumentar seu nível de stress consideravelmente.

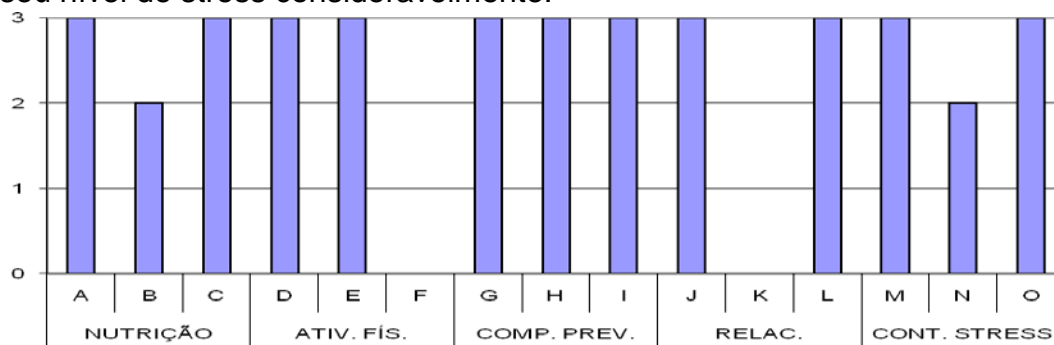


Figura 6: Estilo de Vida G1 treinam. de força

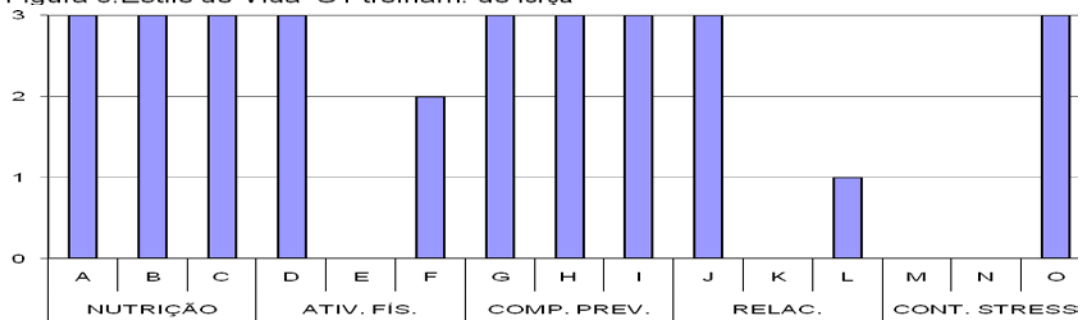


Figura 7: Estilo de Vida G2 outras ativ.

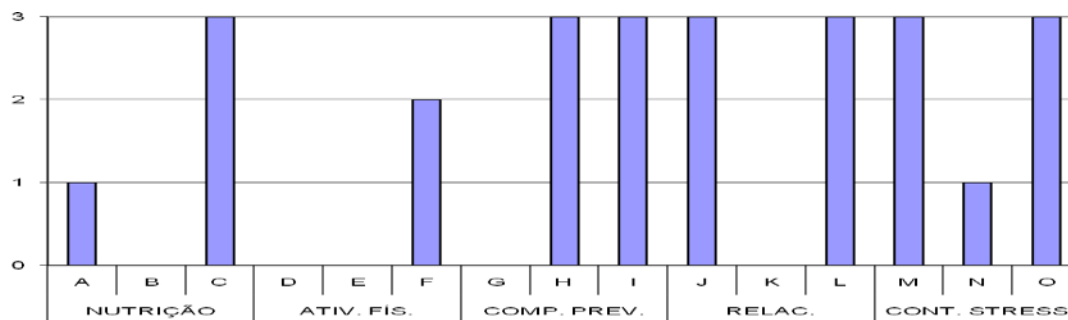


Figura 8: Estilo de Vida G3 sedentários

Nesta análise o G1 apresentou melhores resultados em todos os componentes do questionário referente ao estilo de vida, sugerindo com isso que idosos que praticam atividades físicas apresentam uma melhor qualidade de vida, Biazetto *et. al.* (2006) encontrou os mesmos dados ao analisar o estilo de vida de idosos praticantes de musculação da zona sul do Rio de Janeiro.

CONCLUSÕES

Com o presente estudo pode ser observado que idosos que praticam treinamento de força em academia ou atividades físicas como caminhada ou natação apresentam uma melhor qualidade de vida (NAHAS, 2006) quando comparados aos idosos sedentários, e uma maior autonomia para a realização das atividades da vida diária como observado nos testes do protocolo GDLAN. Demonstrando assim a importância da prática regular de exercícios físicos como atuante para que o processo de envelhecimento comum a todos aconteça de forma mais segura e saudável.

Recomenda-se a investigação dos mesmos resultados com outras avaliações ou com um número maior de indivíduos a fim de confirmar ou contrariar os resultados desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

ACSM (American College of Sports Medicine). Posicionamento Oficial Exercício e Atividade Física para pessoas idosas. Tradução Nádia Lima da Silva e Paulo de Tarso Veras Farinatti, 2007. Disponível em: <http://acsm.org/AM/Template.cfm?Section=About_ACSM&CONTENTID=1321&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm>. Acesso em: 25 mai. 2010.

AQUINO, Marina Luiza; ALBERGARIA, Márcia Borges. Comparativo da Qualidade de Vida e da Autonomia Funcional de Idosas Ativas e Insuficientemente Ativas. Trabalho de conclusão de curso **Universidade Estácio de Sá – Campus Akxe**, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2007.

BARROS, Célia Cohen; CALDAS, Célia Pereira. Influência do treinamento da potência muscular em mulheres idosas sobre a velocidade de execução das tarefas motoras. **Revista brasileira de ciências e movimento**. CELFISCS, vol.17, n.4,2009.

BATISTA, Rogério Muniz; DUARTE, Fábio Henrique P.; ALBERGARIA, Márcia Borges. A autonomia funcional de idosos praticantes de exercícios físicos regulares. Trabalho de conclusão de curso **Universidade Estácio de Sá – Campus Akxe**, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2009.

BIAZETTO, et. al. Benefícios do treinamento contra resistência relacionado à terceira idade. Trabalho de conclusão de curso **Universidade Estácio de Sá – Campus Akxe**, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2006.

CSEP (Canadian Society for Exercise Physiology), 2002. Disponível em:<<http://www.csep.ca/cmfiles/publications/parq/par-q.pdf>>. Acesso em 20 Mai. 2010

DANTAS, Estélio Henrique M.; VALE, Rodrigo Gomes de S. Protocolo GDLAM de avaliação da autonomia funcional. **Fitness & Performance journal**. v.3, n.3, p:175-782, 2004.

DATASUS disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/d26b.htm>>. Acesso em 02 nov 2009.

DA SILVA, Andresa et al. Equilíbrio, coordenação e agilidade de idosos submetidos à prática de exercícios físicos resistidos. **Revista Brasileira Medicina do Esporte**. São Paulo, v.14, n.2, p. 88-93, abr. 2007.

FARINATTI, Paulo de Tarso. **Envelhecimento: promoção da saúde e exercício**. São Paulo: Manole, 2008.

FLECK, Steven J. KRAEMER, William J. Fundamentos do Treinamento de Força Muscular. 3 ed. Tradução Jerri Luiz Ribeiro. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GOMES, Rodrigo, et. al. Efeitos do treinamento resistido na força máxima, na flexibilidade e na autonomia funcional de mulheres idosas. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**. Rio Claro, v. 8, n. 4, p. 52-58, 2006.

GONÇALVES, Raquel; GURJÃO, André Luiz; GOBBI, Sebastião. Efeitos de oito semanas do treinamento de força na flexibilidade de idosos. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**. Rio Claro, v. 2, n. 9, p. 145-153, 2007.

GONÇALVES, et al. Efeito de um programa de treinamento com pesos sobre composição corporal e capacidade funcional de idosas hipertensas **Revista brasileira de ciências e movimento**. CELAFISCS, vol.17, n.4, 2009.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1272&id_pagina>. Acesso em: 10 set. 2009.

IIPAQ (International Physical Activity Questionnaires),2002. Disponível em: <<http://www.ipaq.ki.se/ipaq.htm>>. Acesso em: 10 mar. 2010.

MCARDLE, William D; KATCH, Frank I; KATCH, Victor L. **Fisiologia do exercício**: energia, nutrição e desempenho humano. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

NAHAS, Marcus. **Atividade física saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 4 ed. Londrina, Midiograf, 2006.

NASCIMENTO, Marcelo Guimarães. A influência do treinamento de força no peso gordo de indivíduos idosos. **Revista digital vida e saúde**. Vol. 1, Nº 2. 2002. Disponível em: <<http://www.revistadigitalvidaesaude.hpg.com.br/revistav1n2.html>>. Acesso em: 20 mai. 2010.

PEREIRA, L.F.; FERRAZ, B. C.; ALBERGARIA, M. B. Comparação entre idosos praticantes e não praticantes de musculação quanto à autonomia funcional. Trabalho de conclusão de curso **Universidade Estácio de Sá – Campus Akxe**, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2009.

POLLOCK, Michael L; WILMORE, Jack H. Exercícios na saúde e na doença: avaliação e prescrição para prevenção e reabilitação. Tradução Maurício Leal Rocha. 2. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.

QUINTÃO, Cristiano et. al. Efeitos de um programa de força e resistência muscular na qualidade de vida de idosos. **Revista Brasileira da Ciência e Movimento**. Minas gerais, v.3, n.3, p.271-280, 2009.

SPIRDUSO, Waneen W. **Dimensões físicas do envelhecimento**. Tradução Paula Bernardi. São Paulo: Manole, 2005.

THOMAS, Jerry R; NELSON, Jack K. **Métodos de Pesquisa em Atividade Física**. 3 ed. Porto Alegre. Artmed, 2002.