

A IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA NA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA

Juçara Elke Lourenço da Silva¹
Amandda Thaise de Souza Barbosa²
Lúcia Helena da Costa Bezerra³
Francisca Vilena da Silva⁴

RESUMO

A presente pesquisa pretende investigar a importância da atividade física na saúde e qualidade de vida de pessoas idosas em seu processo de envelhecimento, uma vez que o envelhecimento pode estar associado a conviver com uma ou mais doenças crônicas e disfunções adquiridas que levam ao declínio da capacidade funcional e da autonomia, devido às perdas significativas das capacidades físicas e a presença de distúrbios patológicos. Para isso foi utilizada uma metodologia exploratória descritiva de natureza quantitativa, onde se aplicou um questionário semiestruturado para a coleta de dados com idosos, de ambos os sexos. A partir da presente pesquisa foi possível verificar que os idosos estão cada vez mais preocupados com sua saúde e qualidade de vida, sobretudo as mulheres e isso pode estar relacionado ao aumento da taxa de óbito em mulheres idosas com fatores de risco cardíaco, entre eles a hipertensão, diabetes e triglicédeos. Percebeu-se também, que esses idosos são independentes e autônomos, capazes de realizarem as Atividades Instrumentais de Vida Diária na maioria das vezes sozinha, mostrando que é possível ter um envelhecimento ativo apesar de algumas interferências determinadas pelo fator biológico natural do envelhecer.

Palavras-chave: Qualidade de vida, Saúde, Idoso, Envelhecimento.

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa pretende investigar a saúde e qualidade de vida de pessoas idosas em seu processo de envelhecimento. Para isso, articula-se o conceito envelhecimento e saúde. Segundo Freitas et al. (2016), um indivíduo envelhece a medida que sua idade aumenta. Este é considerado um fenômeno irreversível, natural e individual, podendo ser acompanhado por perdas progressivas de funções e de papéis sociais, um processo único, que depende de capacidades básicas, adquiridas e do meio ambiente.

No panorama nacional, pesquisas evidenciam que o Brasil destaca-se pelo alto índice de crescimento da população acima de 60 anos, sendo os idosos o segmento que mais cresce. As projeções para 2050 prevê um aumento de 19% da população brasileira nesse grupo etário,

¹ Especialista em Saúde da Família pela Faculdade Integrada de Patos - PB, jucara_emf@hotmail.com;

² Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Uninter - PB, amanddathaise@hotmail.com;

³ Especialista em Saúde da Família pela Faculdade Integrada de Patos - PB, luciahelena_enfermagem@hotmail.com;

⁴ Professor orientador: Mestrado, Universidade Federal da Paraíba – UFPB/PB, enfvilena@hotmail.com.

devido ao principal fenômeno demográfico do século XX, conhecido como envelhecimento populacional, que ocorre em diferentes momentos ao redor do mundo (NASRI, 2008).

Essa transição demográfica também acarreta uma transição epidemiológica, com a predominância das doenças crônicas não transmissíveis e a ampliação da população de idosos (MALTA; MERHY, 2010). Esse crescimento da população idosa está relacionado às melhores condições materiais de sobrevivência, aos avanços das práticas de saúde, dos métodos de diagnóstico e tratamento e ao acesso à informação e meios de comunicação.

O envelhecimento, na maioria das vezes, está associado a conviver com uma ou mais doenças crônicas e disfunções adquiridas nos últimos anos de vida, que levam ao declínio da capacidade funcional e da autonomia, devido às perdas significativas das capacidades físicas e a presença de distúrbios patológicos (NASRI, 2008).

Entretanto, estudos epidemiológicos têm mostrado que doenças e limitações podem ser evitáveis no processo de envelhecimento e que o uso de serviços preventivos, eliminação de fatores de risco e adoção de hábitos de vida saudáveis são importantes determinantes do envelhecimento saudável e com maior qualidade (TOLDRA et al., 2014). A Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa (PNSI) tem como objetivos “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (MALTA; MEHRY, 2010).

Na área da saúde, colocam como de sua competência a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso, por meio de medidas e programas preventivos e de reabilitação. Na área da justiça é previsto o incentivo e criação de programas de lazer, esporte e atividades físicas que proporcionem a melhoria da qualidade de vida do idoso e estimulem sua participação na comunidade (BRASIL, 2006).

A noção de qualidade de vida está relacionada com diversos fatores que abrangem as condições e estilo de vida, bem como se relaciona ao campo dos direitos humanos e sociais. Assim, para a melhoria na qualidade de vida nessa fase da vida, é essencial que os direitos sejam garantidos. Um dos direitos previstos pela PNSI é a possibilidade do idoso realizar práticas corporais na rede básica de saúde e na comunidade (BRASIL, 2006).

No âmbito da velhice a qualidade de vida está relacionada à manutenção da autonomia, a qual pode ser percebida no desempenho das atividades diárias, nos idosos que mantêm sua capacidade funcional (TOLDRA et al., 2014). A qualidade de vida supõe “um elemento básico e interligado com todos os outros, que é a capacidade para realizar movimentos corporais de forma eficiente” (TOSCANO; OLIVEIRA, 2009, p. 17).

Assim, para o autor, se a capacidade motora estiver limitada a qualidade de vida pode sofrer baixa considerável. Isso justifica a importância de investigar as condições de vida do idoso para que seja desenvolvida alternativas válidas de intervenção em programas de saúde, políticos e sociais. Também é necessário o desenvolvimento de pesquisas e práticas de saúde que se preocupem com a qualidade de vida durante o processo envelhecimento.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva de natureza quantiquantitativa. A opção por um estudo dessa natureza se deu ao fato dela permitir a exploração de dados relativos à vivência dos indivíduos, permitindo a compreensão das experiências expostas pelos participantes, com grande aproximação da realidade (SOARES et al., 2008).

O cenário da pesquisa a princípio foi a Academia da Saúde localizada na Praça da Paz, bairro dos bancários e a Unidade de Saúde da Família Timbó II, localizada na comunidade do Timbó. A escolha dos locais se deu, uma vez que seria possível analisar a saúde e qualidade de vida de idosos ativos que realizam ou não alguma atividade física.

A população investigada constituiu-se de idosos (60 anos e mais), de ambos os sexos. A seleção dos participantes se deu de forma aleatória com as pessoas que aceitavam participar da pesquisa. A amostra resultou em 52 idosos, e se deu a partir da exaustão dos dados coletados, ou seja, a coleta foi encerrada à medida que os dados coletados ficaram repetitivos.

Os participantes antes de iniciar a coleta, foram informados quanto ao objetivo do estudo, sigilo das informações prestadas no ato da entrevista. Após receberem todos os subsídios sobre os objetivos da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para coleta dos dados empíricos foi utilizada uma entrevista semiestruturada com questões acerca da saúde, doença, atividades de vida diária desenvolvidas no dia a dia dos participantes, em seguida foram construídos dois bancos de dados, sendo um de cunho quantitativo, realizado no Microsoft Excel e posteriormente transportado para o software SPSS e outro de natureza qualitativa, com as falas dos idosos, no Microsoft Word, após o processamento dos dados, estes foram analisados pelo autor da pesquisa.

Os dados adquiridos a partir das gravações foram organizados e em seguida analisados por meio da Técnica de Análise de Conteúdo Modalidade Temática de Bardin que se caracteriza pelo conjunto de técnicas de análise das comunicações, para obter indicadores que

permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens respeitando as fases de pré – análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

Os pesquisadores respeitaram todos os preceitos normatizados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), pela resolução 466, de 12 de dezembro de 2012.

REFERENCIAL TEÓRICO

O processo de envelhecimento tem sido alvo de estudo nos últimos tempos. O conceito de envelhecimento e as atitudes perante as pessoas idosas têm sofrido alterações e espelham ”por um lado, o nível de conhecimentos sobre a fisiologia e anatomia humanas e, por outro lado, a cultura e as relações sociais das várias épocas” (PAÚL; FONSECA, 2005, p.12).

Para a DGS, o envelhecimento consiste num processo de “deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo. É um fenómeno inevitável e inerente á própria vida”, igual à fase final de um processo de desenvolvimento e diferenciação, ou seja, é um processo contínuo, ativo e diferencial. Inicia-se muito antes de alcançarmos a idade adulta e constrói-se ao longo da vida (PINA, 2013, p.19).

A idade apresenta um conceito multidimensional, por isso não é considerada uma boa medida para avaliar o desenvolvimento humano. Pois a idade e o processo de desenvolvimento possuem dimensões e significados que transpõe as barreiras da idade cronológica (SCHEINER; IRIGARAY, 2014).

A idade cronológica relativamente ao envelhecimento não apresenta um valor padrão, pois na realidade existem formas díspares de defini-la e conceituá-la analogamente ao envelhecimento. Uma das definições plausíveis é preconizada pela OMS que defende que a definição da pessoa idosa inicia-se aos 65 anos nos países desenvolvidos e aos 60 anos nos países em desenvolvimento (OMS 2005).

Há diversos fatores que interferem no processo do envelhecimento. Para Paúl (2005), o processo do envelhecimento possui três elementos: a senescência, onde o processo de envelhecimento biológico advém da vulnerabilidade crescente e de maior probabilidade de falecer; o envelhecimento social, referente aos papéis sociais adequados às 26 expectativas da sociedade e o envelhecimento psicológico, definido pela regulação do próprio indivíduo, pelo tomar de decisões e opções, adequando-se ao processo de senescência e do envelhecimento. Há vários determinantes que influenciam o crescimento e o envelhecimento, contudo não são

exclusivos, pois a “base filogenética, da nossa hereditariedade, do nosso contexto sociocultural que estimula a expressão das nossas tendências genéticas” (PAÚL, 2005, p.28).

Já para Martín (2006), o envelhecimento é um processo complicado, assíncrono, diverso, onde as disparidades aparecem dentro do próprio indivíduo; de um indivíduo para o outro, de uma população para a outra e em distintas gerações. Refere ainda que o envelhecimento consiste num processo adaptativo, moroso e contínuo, que implica diversas modificações em todos os sentidos, e que intervém nos fatores biológicos, psicológicos e sociais.

As pessoas idosas envelhecem de forma diferente e em ritmo diferente. Fontaine (2000) refere que existem três tipos de idades: idade biológica; idade psicológica e idade social. A idade biológica está ligada ao envelhecimento orgânico. Os órgãos sofrem transformações que provocam a diminuição do seu funcionamento normal, por consequência a capacidade de se auto-regularem torna-se menos eficaz.

Este processo do envelhecimento não ocorre ao mesmo tempo, cada parte do organismo envelhece num determinado momento. A idade psicológica refere-se às competências comportamentais que a pessoa idosa pode alterar em resposta às alterações ambientais, abrange ainda a inteligência, a memória e a motivação. Quanto à idade social, esta representa a relação da pessoa idosa com os outros elementos da comunidade onde está inserida, relativamente aos papéis, rotinas e estatuto.

Podemos acrescentar que as pessoas idosas podem viver em isolamento social e solidão, mesmo quando vivem acompanhadas com familiares ou outros indivíduos. O facto da pessoa idosa não contribuir produtivamente para a sociedade leva a que seja tratada de forma diferente, o que prejudica a sua integração social e, conseqüentemente pode levar à marginalização.

Para Faria (2008), o processo do envelhecimento pode ser classificado de dois modos: a senescência ou envelhecimento primário e a senilidade ou envelhecimento secundário. A senescência consiste nas mudanças causadas pela idade, independentes das doenças e das influências do ambiente. A senilidade consiste numa aceleração deste processo como resultado das doenças que surgem ocasionalmente, assim como, dos fatores ambientais ou doenças crónicas.

Os profissionais qualificados podem ajudar as pessoas idosas a vivenciar um envelhecimento ativo. Contudo, podem surgir doenças que afetem as pessoas idosas, sendo as mais comuns: Doenças Cardiovasculares; Hipertensão; Derrame; Diabetes; Cancro; Doença

pulmonar obstrutiva crônica; Doenças músculo-esqueléticas (como artrite e osteoporose); Doenças mentais (demência e depressão, maioritariamente); Cegueira e diminuição da visão (OMS, 2005).

Com o aparecimento destas doenças crônicas, as pessoas idosas perdem um pouco da sua autonomia e são obrigadas a viver o envelhecimento de uma forma mais regrada. É produtora que o processo de envelhecimento seja encarado como um processo natural e não como um problema.

Contudo, para que seja vivenciado com autonomia e independência é necessário uma mudança nos comportamentos e atitudes da população, na formação dos profissionais de saúde e de apoio social, além de uma adaptação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares das pessoas idosas, assim comum a adaptação do meio ambiente de acordo com as fragilidades que prevalecem com maior frequência nas pessoas com idade avançada (DGS, 2004).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Verifica-se que a questão de gênero pode interferir no envelhecimento ativo da população, especialmente para as mulheres, uma vez que as diferenças de gênero podem influenciar na qualidade de vida na velhice em função dos riscos crescentes à saúde, funcionalidade, proteção e integração social. Esse aspecto fica evidente à medida que doenças cardíacas tiveram um aumento em mulheres idosas quando comparadas aos homens (FREITAS et al., 2016).

Alexandre et al. (2014) apontam que há maior incapacidade e agravos para a saúde de mulheres idosas em atividades instrumentais da vida diária, ou seja, no que diz respeito à dependência, a mulher tem mais vulnerabilidade que o homem. Por outro lado, Figueiredo et al (2007) indicaram a baixa autoestima vivenciada por homens que envelhecem devida a aposentadoria, e a autonomia e liberdade conquistada pelas mulheres idosas que se dedicam mais a si mesmas, incluindo a participando de atividades físicas e em grupos de idosos, o que as leva a adquirirem informações sobre o autocuidado e como preservar sua saúde. Isso fica evidente na pesquisa, através da **tabela 1**, uma vez que 73% dos participantes que frequentavam os estabelecimentos de saúde eram mulheres e 27% eram homens.

Quanto à faixa etária dos idosos, verificou-se que há uma predominância de idosos jovens (60 a 69 anos) 61,5%, isso pode estar associado à alta taxa de mortalidade por doenças

isquêmicas do coração, cardíacas e coronarianas nessa faixa etária (FREITAS et al., 2016). Quando se perguntou aos idosos sobre quais as suas principais morbidades, percebe-se um grande número de pessoas com hipertensão (34,6%) e diabetes (19,2), seguidos de triglicérides (17,3%), quais são considerados fatores de risco cardiovascular, sobretudo em idosos (SOAR, 2015).

Segundo Melo et al. (2010) as doenças circulatórias, como no caso dos idosos jovens, também representam a principal causa de morte em idosos mais velhos, aqueles com 80 anos ou mais. Além disso, verificou-se que a taxa de mortalidade por doenças circulatórias em mulheres foram bastante próximas às dos homens, e quando somada a hipertensão arterial a arritmias, a taxa de óbitos entre as mulheres foram mais elevadas.

Verificou-se também através do estudo que os filhos (32,7%) e o conjugue (25%) ainda são as pessoas que residem com esses idosos e principais responsáveis pelo cuidado voltados às eles, seguindo pelos cuidadores (17,3%). No entanto, apesar das mudanças nos arranjos familiares alterando a sua configuração, levando a uma nova organização e divisão de responsabilidades entre ela, o Estado, o mercado privado e o voluntariado, ainda se é o centro da responsabilidade com o idoso sua família. Por um lado, isso pode levar a uma melhor qualidade de vida desse idoso, partindo do princípio de que é uma conjuntura familiar harmoniosa, por outro, dependendo do grau de dependência desse idoso, esse cuidado pode ser fator de estresse para o familiar que na maioria dos casos é outro idoso. Podendo isso afetar a saúde e qualidade de vida para o idoso e sua família.

Tabela 1- Distribuição das frequências absolutas e relativas referentes às variáveis dos idosos entrevistados. João Pessoa–PB, 2019.

Variáveis	n	%
Gênero		
Mulher	38	73
Homem	14	27
Total	52	100
Faixa Etária		
60 – 69	32	61,5
70 – 79	16	30,9
80 – 89	2	3,8
90 – 99	2	3,8
Total	52	100
Morbidade referida		
Hipertensão	18	34,6
Diabetes	10	19,2
Triglicérides	9	17,3
Nenhuma	8	15,5

Coluna	4	7,7
Glaucoma	2	3,8
Enxaqueca	1	1,9
Total	52	100
Com quem Reside		
Filhos	17	32,7
Conjuge	13	25
Cuidador	9	17,3
Netos	7	13,5
Sozinho (a)	6	11,5
Total	52	100
Atividades de Vida Diária		
Sem ajuda	48	92,3
Com ajuda	4	7,7
Total	52	100
Realiza atividade Física		
Sim	34	65,4
Não	18	34,6
Total	52	100

Quando os participantes foram indagados sobre a realização das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), eles informaram realizar na maioria das vezes sem ajuda (92,3%) de um familiar ou cuidador, isso mostra que os idosos estão mais independentes, autônomos e com boa condição de saúde.

Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) que são as relacionadas à participação do idoso em seu entorno social e indicam a capacidade de um indivíduo em levar uma vida independente dentro da comunidade. Sendo elas, a utilização dos meios de transporte, manipulação de medicamentos, realização de compras e de tarefas domésticas leves e pesadas, utilização do telefone, preparação das suas próprias refeições e o cuidar das próprias finanças (BRASIL, 2006).

No que diz respeito à realização de alguma atividade física, cerca de 65,4% dos idosos informaram realizar. E estes apresentaram através das falas a seguir os benefícios dessas atividades para a contribuição da sua saúde e qualidade de vida.

Depois que comecei a praticar atividade física passei a ter mais disposição...(Participante 1 – 73 anos)...

Agora consigo ter mais mobilidade... (participante 3 – 65 anos).



Melhorou muita coisa no meu dia a dia... sou mais independente... consigo realizar atividades que antes não realizava sozinha (participantes 06, 08, 11 - 67, 61, 60 anos).

Tenho mais autonomia e liberdade....(participante 22 - 82 anos) me sinto livre das dores que sentia antes... (participante 18 - 60 anos)

A atividade física é uma coisa muito importante, porque de tanto ficar sem fazer nada eu estava ficando quase sem andar... (participante 16 - 64 anos).

Muita coisa mudou na minha vida, inclusive minha locomoção... (participante 09 - 70 anos).

Minha acessibilidade mudou muito mais. (participante 35 - 67 anos).

Verifica-se através dos seguimentos de fala que os participantes atribuem a prática da atividade física à melhoria da sua saúde e qualidade de vida. Os mesmos referiram que houve diminuição das dores musculares e ósseas, que o hábito de se exercitar proporciona liberdade para suas tarefas rotineiras com capacidade para o caminhar sozinhas. Para esses idosos, é de suma importância se manterem ativos devido ao medo de perderem os movimentos e tornarem-se dependentes de uma cadeira de rodas.

Por outro lado, os participantes que relataram não realizar alguma atividade física, informaram que isso se dá por falta de tempo, por estar trabalhando nos horários e/ou por não gostarem da prática, mas estão cientes da importância da prática para a promoção do seu envelhecimento saudável e ativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da presente pesquisa foi possível perceber que os idosos estão cada vez mais preocupados com sua saúde e qualidade de vida, sobretudo as mulheres e isso pode estar relacionado ao aumento da taxa de óbito em mulheres idosas com fatores de risco cardíaco, entre eles a hipertensão, diabetes e triglicerídeos. Percebeu-se também, que esses idosos são independentes e autônomos, capazes de realizarem as Atividades Instrumentais de Vida Diária na maioria das vezes sozinha, mostrando que é possível ter um envelhecimento ativo apesar de algumas interferências determinadas pelo fator biológico natural do envelhecer.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, T. S. et al. Disability in instrumental activities of daily living among older adults: gender differences. **Revista de saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 379-389, 2014.

FIGUEIREDO, M. D. L. F. et al. Gender differences in the oldness. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 4 p. 422-427, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.528, de 19 de Outubro de 2006. Política Nacional da Pessoa Idosa**. 2006.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS). **Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas**. [Em linha]. DGS, 2004. [Consult. 24 de Nov. 2018]. Disponível na Internet: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>> .

FARIA, Óscar. Avaliação da Aptidão Física de Um Grupo de Idosos entre os 75 e 95 anos na zona da Sertã. *Monografia de Licenciatura*, Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física, Universidade de Coimbra, 2008.

FREITAS, E.V et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4ª. Edição. Grupo Editorial Nacional (GEN), 2016.

FONTAINE, Roger. **Psicologia do envelhecimento**. Climepsi Editores, 2000.

MALTA, D. C; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**, v. 14, n.34, p. 593-606, 2010.

MARTINS, José. Investigação em enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. **Pensar Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 62-68, 2008.

NASRI F. **O envelhecimento populacional no Brasil**. Einstein. 2008; 6(Supl 1):4-6.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) - **Envelhecimento Ativo: Uma política de Saúde**. Brasília: OMS, 2005.

PAUL, C; FONSECA, A. **Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados**. Lisboa: Climepsi Editores, 2006.

SCHNEIDER, R; IRIGARAY, T. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, n. 4, p. 585- 593, 2008.

SOAR, C. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos não institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p.385-395, 2015.

SOARES, S. M. et al. Oficinas sobre sexualidade na adolescência: revelando vozes, desvelando olhares de estudantes do ensino médio, **Esc Anna Nery RevEnferm**, v. 12, n. 3, p. 485-491, 2008.

TOLDRA, R. C. Promoção da saúde e da qualidade de vida com idosos por meio de práticas corporais. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 38, n. 2, p.159-168, 2014.

TOSCANO, J. J. O; OLIVEIRA, A. C. C. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. **Rev Bras Med Esp**, v. 15, n. 3, p.169-73, 2009.