

COMPARAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL ENTRE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS

Priscila Medeiros Coelho¹, Francisco Alberto da Silva Neto¹, Diana Ribeiro Gonçalves de Medeiros Gomes¹, Márcio Bento Fontenele¹, Danilo Lopes Ferreira Lima¹.

RESUMO

É fato que nos dias atuais, a população está deixando de ser jovem e se tornando mais velha. Em sociedades desenvolvidas e em desenvolvimento é marcante o aumento do número de pessoas que atingem a terceira idade, fazendo com que o crescimento da população idosa deixe de ser uma mera projeção estatística e torne-se uma realidade. São vários os motivos deste crescimento. O presente estudo caracterizou-se como estudo de campo, de natureza do tipo descritivo e com abordagem quantitativa, participaram deste estudo 30 idosos institucionalizados e 30 idosos não institucionalizados. A coleta de dados foi feita através da aplicação da Avaliação da Funcionalidade contida no software Movimento para a Vida (MPAV) e baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). Foram feitas 25 perguntas divididas em quatro aspectos: mobilidade, autocuidados, vida doméstica e vida comunitária, social e cívica. Com relação aos idosos institucionalizados, 30(100%) eram do sexo feminino e 0% do sexo masculino com média de idade de $76 \pm 10,1$ anos, onde 21(70%) possuem deficiência leve, 7(23,3%) deficiência moderada e 2(6,6%) deficiência grave. Em relação aos não institucionalizados, 18(60%) eram do sexo feminino e 12(40%) do sexo masculino com média de idade de $71,1 \pm 7,9$ anos, com 28(93,3%) indivíduos demonstrando deficiência leve e 2(6,6%) não demonstraram nenhuma deficiência. Conclui-se que existe maior capacidade funcional em idosos não institucionalizados, sedentários ou não. Isso pode ocorrer pelo fato destes terem mais autonomia para realizar os mais diversificados tipos de tarefas e terem a liberdade de movimentar-se pelos mais diferentes locais.

Palavras-chave: Idoso; capacidade funcional; mobilidade.

COMPARISON OF FUNCTIONAL CAPACITY AMONG INSTITUTIONALIZED AND NON-INSTITUTIONALIZED ELDERERS

ABSTRACT

It is known that nowadays, the populations is getting older. In developed societies and developing countries the increase in the amount of people reaching the senior age is outstanding, causing the growth of the elderly population to no longer be a mere statistical projection and to become reality. Many are the reasons for this growth. The present study characterized as field study, being descriptive and having a quantitative approach. 30 participants in this research were institutionalized elderly while others 30 participants were non-institutionalized seniors. Data collection was performed by applying the Functionality Test contained in the software called Movement for Life (MPAV) based on the International Classification of Functioning (ICF). There were asked 25 questions divided into four areas: mobility, self care, home living and community living, social and civic life. In regard to institutionalized elderly, 30 (100%) were female and 0% male, with an average age of 76 ± 10.1 years, in which 21 (70%) have mild disabilities, 7 (23.3%) have moderate disability and two (6.6%) have severe disability. On relation to the non-institutionalized elders, 18 (60%) were female and 12 (40%) were males with an average age of 71.1 ± 7.9 years, with 28 (93.3%) subjects presenting mild disability and 2 (6.6%) presenting no deficiency. We could conclude that there is a greater functional capacity in non-institutionalized elderly, sedentary or not. This may occur because these have more autonomy to perform the most diverse types of tasks and have the freedom to move through many different places.

Keywords: Elderly; functional ability; mobility.

INTRODUÇÃO

A população mundial vem envelhecendo de forma acelerada nos últimos tempos. Se olharmos em volta, perceberemos que em quase todos os lugares encontramos pessoas consideradas da “melhor idade”, muitas delas com uma vida ativa, ainda trabalhando, cuidando da casa, dos filhos, exercendo uma vida social;

sendo que grande parte destas pessoas já começaram a sentir o peso da idade, pois geralmente sentem dor, cansaço, fadiga, dentre outros sintomas, sem falar em algumas doenças que também são acometidas.

Segundo Fiedler e Peres (2010), é observado hoje um crescimento acelerado da população idosa no mundo, incluindo o Brasil, complementando, Veras (2009) afirma que não é mais privilégio de poucos envelhecerem, mas sim uma realidade até mesmo nos países mais pobres.

De acordo com a Organização das Nações Unidas-ONU (2010), o período de 1975 a 2025 é conhecido como a era do envelhecimento, isto se deve ao aumento do número de indivíduos que possuem 60 anos ou mais. Estes constituem hoje uma em cada dez pessoas que fazem parte da população mundial, esta proporção deve subir para uma em cada cinco pessoas até a metade do século. Bezerra *et al.*, (2005) acrescentam que no Brasil, esta população irá crescer 16 vezes contra 05 vezes o crescimento do restante da população, chegando a se tornar a sexta população de idosos em 2025, contendo 32 milhões de idosos.

Vários fatores são atribuídos ao crescimento da população idosa no mundo. Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2000), a Organização Mundial de Saúde – OMS (2000), Argimon (2006) e Kalache *et al.*, (1987) a taxa de natalidade nos dias atuais diminuíram consideravelmente, as taxas de mortalidade caíram, e está ocorrendo um aumento da expectativa de vida das pessoas. Corroborando com estes, Alfieri *et al.*, (2009) diz que esta taxa de mortalidade se encontra menor pela melhoria das condições de saúde no Brasil e no mundo. Camarano *et al.*, (1999), na tentativa de definir uma pessoa idosa, levando em conta o seu caráter biológico, dizem que na terceira idade ocorre um declínio de determinadas capacidades físicas, determinando assim o momento em que podemos classificá-las idosas ou não. Complementando, Souza *et al.*, (2007) afirmam que não tem como negar que com o decorrer dos anos, as células, os órgãos e os sistemas do corpo humano não continuam a ter o mesmo bom funcionamento, apresentando assim certos déficits.

De acordo com Santos (2005), o envelhecimento tem que ser entendido como um processo múltiplo e complexo de mudanças e continuidades ao longo da vida, com perdas e reduções, mas que possui também incrementos e reorganizações de caráter funcional e estrutural. O número de perdas de capacidades e habilidades com o decorrer do envelhecimento pode ser descrita como um decréscimo gradual que se inicia por volta dos 20 e 30 anos de idade e que acompanha todo o curso da vida. Ratificando esta ideia Woodruff-Pak (apud SANTOS, 2005) acrescenta que aproximadamente aos 30 anos de idade ocorre uma perda em eficiência de 1% ao ano que corresponde a uma perda de milhares de neurônios por dia.

A partir do momento em que observa-se uma perda muito grande do número de neurônios com o decorrer do tempo, e a redução da força muscular, verifica-se que ocorre uma interferência em termos de capacidade funcional em um indivíduo. Este termo é muito abrangente e bastante complexo, mas Fiedler e Peres (2008) definem capacidade funcional como “o potencial que os idosos apresentam para decidir e atuar em suas vidas de forma independente, no seu cotidiano”. Já Ramos (2003), define-a como um novo paradigma de saúde, que está intimamente ligado a manutenção da autonomia, ou seja, “Envelhecimento saudável, dentro dessa nova ótica, passa a ser a resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. A perda de um ente querido, a falência econômica, uma doença incapacitante, um distúrbio mental, um acidente, são eventos cotidianos que podem, juntos ou isoladamente, comprometer a capacidade funcional de um indivíduo. O bem-estar na velhice, ou saúde num sentido amplo, seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas as dimensões.

De acordo com Rosa *et al.*, (2003), a capacidade funcional é influenciada por diversos fatores, sendo estes, demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais. Ela chama atenção também para os comportamentos relacionados ao estilo de vida de um indivíduo, como fumar, beber, comer excessivamente, fazer exercícios, padecer de estresse psicossocial agudo ou crônico, ter senso de autoeficácia e controle, manter relações sociais e de apoio como potenciais fatores explicativos da capacidade funcional.

Para Velard e Avila (2002) a capacidade funcional afeta vários fatores relacionados à qualidade de vida, pois quando ocorre seu declínio provoca a incapacidade de executar as atividades de vida diária e com isso a pessoa passa ter um mal estar em decorrência deste fato.

Então, pode-se observar que, para se conseguir adquirir uma melhor qualidade de vida e aumentar o bem-estar deste idoso se faz necessária a presença do movimento funcional. Segundo Durward *et al.*, (2001), este está relacionado a uma série de movimentos que são realizados de forma intencional associados a

atividades relativas a tarefas comuns. Os movimentos funcionais humanos podem ser executados de maneira aparentemente automáticos, sem muita necessidade de esforço consciente. Uma vez em que são estabelecidos estes movimentos, não será necessária uma prática extensiva ou um alto nível de habilidade para que sejam realizados com sucesso.

Sem a presença destes tão importantes movimentos funcionais, além dos movimentos conscientes, pode-se levar o idoso a se tornar um indivíduo sedentário, aumentando assim o risco de se tornar dependente. O sedentarismo está presente na vida da maioria dos idosos, conforme Alfieri *et al.*, (2009), este estilo de vida faz com que intensifique a perda de massa muscular, da força muscular e sem deixar de falar da excitabilidade sensorial. Complementando a ideia desse autor, Hawerroth *et al.*, (2010) acrescentam que a estrutura corporal tende a piorar com o sedentarismo e isto ocorre em função do aumento do tecido adiposo e redução da massa óssea e da massa muscular. Um fato alarmante é que somente 7,9% da população brasileira praticam atividade regular por pelo menos três vezes por semana, demonstrando que o sedentarismo no Brasil é preocupante. (FRANCISCHI *et al.*, 2001).

Todos estes assuntos abordados anteriormente levam a percepção da importância e da necessidade das Atividades da Vida Diária (AVD's), estas que são definidas por Alves *et al.*, (2007), como tarefas que são realizadas no dia a dia de uma pessoa como: tomar banho, vestir-se, alimentar-se, se locomover, enfim, atividades de autocuidado.

As AVD's são atividades de autocuidado realizados pelos idosos em seus domicílios. Uma dificuldade maior em desenvolver essas atividades pode representar uma perda enorme da sua independência funcional. Os idosos independentes têm 03 vezes menos risco de morte comparado com aqueles que possuem dependência para 07 ou mais AVD's (RICCI *et al.*, 2005).

O objetivo deste estudo foi comparar o grau de capacidade funcional em idosos institucionalizados aos não institucionalizados através da aplicação da Avaliação da Funcionalidade contida no software Movimento para a Vida (MPAV) e baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF).

DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

Este estudo de campo, de natureza do tipo descritivo e com abordagem quantitativa foi realizado com 30 pessoas com idade a partir de 60 anos, de ambos os gêneros e que moram em locais Institucionalizados e 30 idosos não institucionalizados, escolhidas de forma aleatória.

A coleta de dados foi feita através da aplicação da Avaliação da Funcionalidade contida no software Movimento para a Vida (MPAV) e baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). Foram feitas 25 perguntas divididas em quatro aspectos: mobilidade, autocuidados, vida doméstica e vida comunitária, social e cívica. No tema mobilidade constavam 13 perguntas: (mudar a posição básica do corpo, manter a posição do corpo, auto transferência, levantar e transportar objetos, mover objetos com os membros inferiores, movimentos finos das mãos, utilização da mão e do braço, andar, deslocar-se, deslocar-se por diferentes locais, deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento, utilização de transporte, conduzir meio de transporte); autocuidados com 6 perguntas: (lavar-se, cuidar de partes do corpo, cuidados relacionados com o processo de excreção, vestir-se, comer, beber e cuidar da própria casa); vida doméstica com 4 perguntas: (preparar refeições, realizar as tarefas domésticas, cuidar dos objetos da casa e ajudar os outros) e vida comunitária, social e cívica com 2 perguntas (religião e vida espiritual; recreação e lazer). A cada pergunta foi dada uma pontuação baseada no grau de deficiência:

- 0 Nenhuma deficiência;
- 2 Deficiência moderada;
- 4 Deficiência completa.

O valor total 100 foi diminuído com os valores correspondentes a cada resposta. O avaliado que obteve valor final acima de 88 pontos foi considerado sem deficiência; de 63 a 87 pontos com deficiência leve; de 38 a 62 pontos com deficiência moderada; de 13 a 37 pontos com deficiência grave e até 12 pontos com deficiência completa. A análise foi feita através do programa Microsoft Excell®.

Os dados foram tabulados e calculados através do programa Microsoft Excell® e os resultados apresentados através de tabelas: Somente participaram do estudo aqueles que obtiverem autorização através da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Conforme orienta a resolução

196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, os sujeitos da pesquisa foram informados do seu direito de desistir da participação no estudo em qualquer uma das etapas, assim como o acesso ao registro e ao texto final do estudo realizado se assim o desejar. O estudo só foi iniciado após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza.

RESULTADOS

Dos idosos estudados, 48(80%) eram do sexo feminino e 12(20%) do sexo masculino com média de idade de $73,6 \pm 9,3$ anos. Ao realizar a avaliação da funcionalidade, 49(81,6%) apresentaram possuem deficiência leve, 7(11,6%) deficiência moderada, 2(3,3%) deficiência grave e 2(3,3%) apresentaram nenhuma deficiência e nenhum apresentou deficiência completa. (Tabela 1)

Tabela 1. Grau de funcionalidade do grupo estudado.

| GRAU DE FUNCIONALIDADE | FREQUÊNCIA |
|-------------------------------|-------------------|
| Nenhuma | 2(3,3%) |
| Leve | 49(81,6%) |
| Moderada | 7(11,6%) |
| Grave | 2(3,3%) |
| Completa | 0(0%) |

Com relação aos idosos institucionalizados, 30(100%) eram do sexo feminino e 0% do sexo masculino com média de idade de $76 \pm 10,1$ anos, onde 21(70%) possuem deficiência leve, 7(23,3%) deficiência moderada e 2(6,6%) deficiência grave. (Tabela 2)

Tabela 2. Grau de funcionalidade do grupo institucionalizado estudado.

| GRAU DE FUNCIONALIDADE | FREQUÊNCIA |
|-------------------------------|-------------------|
| Nenhuma | 0(0%) |
| Leve | 21(70%) |
| Moderada | 7(23,3%) |
| Grave | 2(6,6%) |
| Completa | 0(0%) |

Em relação aos não-institucionalizados, 18(60%) eram do sexo feminino e 12(40%) do sexo masculino com média de idade de $71,1 \pm 7,9$ anos, com 28(93,3%) indivíduos demonstrando deficiência leve e 2(6,6%) não demonstraram nenhuma deficiência. (Tabela 3)

Tabela 3. Grau de funcionalidade do grupo não-institucionalizado estudado.

| GRAU DE FUNCIONALIDADE | FREQUÊNCIA |
|-------------------------------|-------------------|
| Nenhuma | 2(6,6%) |
| Leve | 28(93,3%) |
| Moderada | 0(0%) |
| Grave | 0(0%) |
| Completa | 0(0%) |

Ao dividir-se a avaliação da funcionalidade em seus quatro componentes (mobilidade, autocuidados, vida doméstica e vida social), o grupo apresentou uma média de pontuação $1,2 \pm 0,6$ pontos para mobilidade. No quesito de autocuidados a somatória deu média de $0,3 \pm 0,3$ pontos. Na avaliação da vida doméstica a pontuação ficou com uma média de $1,0 \pm 0,2$ pontos e na vida social a somatória deu média de $0,5 \pm 0,6$ pontos. (Tabela 4)

Tabela 4. Média e desvio padrão por aspecto de funcionalidade.

| | Mobilidade | Autocuidados | Vida doméstica | Vida social |
|---------|-------------------|---------------------|-----------------------|--------------------|
| Média | 1,2 | 0,3 | 1,0 | 0,5 |
| DesvPad | 0,6 | 0,3 | 0,2 | 0,6 |

Ao identificar somente os institucionalizados, a mobilidade apresentou uma média de $1,5 \pm 0,7$ pontos em sua pontuação. No quesito de autocuidados a somatória deu média de $0,5 \pm 0,4$ pontos. Na avaliação da vida doméstica a pontuação ficou com uma média de $1,5 \pm 0,2$ pontos e na vida social a somatória deu média de $0,7 \pm 0,9$ pontos. Quanto aos não-institucionalizados, a mobilidade apresentou uma média de $0,9 \pm 0,6$ pontos em sua pontuação. No quesito de autocuidados a somatória deu média de $0,1 \pm 0,1$ pontos. Na avaliação da vida doméstica, a pontuação ficou com uma média de $0,6 \pm 0,3$ pontos e na vida social a somatória deu média de $0,3 \pm 0,3$ pontos. (Tabela 5)

Tabela 5. Média e desvio padrão por aspecto de funcionalidade dos indivíduos institucionalizados.

| | <i>Mobilidade</i> | <i>Autocuidados</i> | <i>Vida doméstica</i> | <i>Vida social</i> |
|-------------------------|-------------------|---------------------|-----------------------|--------------------|
| Institucionalizados | $1,5 \pm 0,7$ | $0,5 \pm 0,4$ | $1,5 \pm 0,2$ | $0,7 \pm 0,9$ |
| Não-institucionalizados | $0,9 \pm 0,6$ | $0,1 \pm 0,1$ | $0,6 \pm 0,3$ | $0,3 \pm 0,3$ |

Ao realizar a avaliação sobre a prática de exercício físico regular, 31(51,6%) praticam atividade física regular, 29(48,3%) não praticam atividade física. (Tabela 6)

Tabela 6. Número de praticantes de exercício físico do grupo estudado.

| <i>EXERCÍCIO FÍSICO</i> | <i>FREQUÊNCIA</i> |
|-------------------------------|-------------------|
| Praticam exercício físico | 31(51,6%) |
| Não praticam exercício físico | 29(48,3%) |

Com relação aos idosos institucionalizados, somente 5(16,7%) praticam alguma atividade física regular contra, 25(83,3%) que não praticam atividade física. (Tabela 7)

Tabela 7. Prática de exercício físico do grupo institucionalizado estudado.

| <i>INSTITUCIONALIZADOS EXERCÍCIO FÍSICO</i> | <i>FREQUÊNCIA</i> |
|---|-------------------|
| Praticam exercício físico | 5(16,7%) |
| Não praticam exercício físico | 25(83,3%) |

Em relação aos não institucionalizados, 26(86,6%) praticam exercício físico, 4(13,4%) não fazem exercício físico. (Tabela 8)

Tabela 8. Prática de exercício físico do grupo não institucionalizado estudado.

| <i>NÃO INSTITUCIONALIZADOS EXERCÍCIO FÍSICO</i> | <i>FREQUÊNCIA</i> |
|---|-------------------|
| Praticam exercício físico | 26(86,6%) |
| Não praticam exercício físico | 4(13,4%) |

DISCUSSÃO

O envelhecimento se dá pela perda da capacidade de adaptação de um organismo individual através do passar dos anos e é resultado pela interação de fatores genéticos e ambientais. (OMS, 2000). Fiedler e Peres (2010) chamam atenção que o processo de envelhecimento provoca alterações e desgastes em vários sistemas funcionais, e estas ocorrem de forma progressiva e irreversível.

O IBGE (2000) mostra que o aumento da expectativa de vida dos brasileiros com o decorrer dos anos vem aumentando muito, pois, em 1900 a média de vida das pessoas era menos de 35 anos de idade, já em 1950 esta média aumentou para 43 anos, em 2000 para 68 anos e a expectativa é de atingir os 80 anos em 2025. Conforme Carvalho e Garcia (2003), em 1960 existiam cerca de 03 milhões de idosos no Brasil, passando para 07 milhões em 1975 e chegou a atingir 20 milhões em 2008, verificando a partir destes dados um aumento de aproximadamente 700% em menos de 50 anos. Camarano *et al.*, (1999) afirmam que o crescimento do número de mulheres idosas é bem maior que de homens, este fato está comprovado internacionalmente e o índice é ainda maior nos países desenvolvidos.

Andreotti e Okuma (1999) comprovam que grande porcentagem das pessoas que tem idade acima de 60 anos possui algum tipo de dificuldade em executar as atividades cotidianas, levando assim à

dependência de alguns idosos para realizar certas tarefas. Para Rosa *et al.*, (2003) a ocorrência de dependência também está fortemente relacionada ao sexo, sendo que as mulheres têm duas vezes mais chances de possuir alguma forma de dependência que os homens e que idosos com nível mais baixo de escolaridade, aqueles que apenas leem e escrevem e os que são analfabetos, possuem cerca de cinco vezes mais chances de possuir dependência moderada à grave.

A Incapacidade Funcional é definida por Rosa *et al.*, (2003), como certa dificuldade de desenvolver algumas atividades e gestos da vida diária ou até mesmo pela impossibilidade de fazê-las. Segundo Alves *et al.*, (2007), a incapacidade funcional do idoso leva a fatos importantes para a família, a comunidade, o sistema de saúde, e a própria vida deste, pois provoca uma maior vulnerabilidade e dependência, diminuindo assim seu bem-estar e qualidade de vida. A incapacidade funcional é uma importante causa de morbidade e mortalidade entre os idosos. (COELHO e BURINI, 2009).

Através desse questionário aplicado a estes indivíduos idosos, pode-se perceber que apenas dois dos pesquisados não apresentaram deficiência alguma, já os outros 58 entrevistados apresentaram pelo menos deficiência funcional leve, o que comprova a dificuldade destes idosos para manter a sua boa capacidade funcional.

Foi observado também que os idosos não-institucionalizados possuem uma vida mais ativa e com menos dificuldades de exercer suas atividades da vida diária, possuindo menores médias nos quatro aspectos observados. Isso comprova que a prática de exercício regular contribui positivamente para melhora da capacidade funcional. Corroborando este pensamento, o ACSM (2006), afirma que os benefícios no qual são associados ao exercício regular e a atividade física contribuem muito para que os idosos tenham um estilo de vida independente e saudável, melhorando consideravelmente a capacidade funcional e a qualidade de vida destes, reduzindo ou prevenindo declínios funcionais, e que o exercício físico desempenhado regularmente provoca alterações positivas nos idosos.

Conforme Okuma (1998), a atividade física está diretamente relacionada ao bem-estar psicológico, envolvendo sentimentos de satisfação, felicidade e amizade. Essas pessoas que praticam atividades físicas regularmente tendem a ter uma autoestima bastante elevada, pelo fato de se sentirem eficazes. Em relação a isso, idosos que se sentem mais eficazes e satisfeitos tendem a ter mais envolvimento e satisfação, diferenciando assim o estereótipo de velhice apagada e infeliz.

Segundo o ACSM (2006), com o exercício físico regular, ocorre uma melhora na saúde óssea, diminuindo assim o risco de osteoporose, melhora da estabilidade postural, reduzindo os riscos de quedas, lesões e fraturas, melhora a flexibilidade e amplitude de movimento, sem falar nos benefícios psicológicos que estão relacionados à preservação da função cognitiva, alívio dos sintomas de depressão e comportamento, e uma melhora no conceito de controle pessoal e autoeficácia. Também complementa dizendo que a atividade física melhora muito a capacidade funcional.

A atividade física melhora o visual, a postura, a eficiência muscular, tônus muscular, combate o excesso de peso e acúmulo de gordura, previne doenças, ameniza o estresse e a indisposição, aumenta a capacidade física, a disposição, o coração se torna mais eficiente, aumenta a capacidade cardiorrespiratória, melhora a flexibilidade, a autoestima, o sistema imunológico, previne cardiopatias, obesidade, osteoporose, hipertensão arterial, deficiências respiratórias, problemas circulatórios, diabetes e dislipidemias. (PORTO, 2002).

Figuroa e Frank (2002) complementam, explicitando que, a atividade física contribui para uma melhor funcionalidade dos órgãos abdominais, aumenta a força e a circulação sanguínea sistêmica e proporciona melhor absorção de nutrientes.

De acordo com as recomendações de Matsudo (2005), é importante “acumular pelo menos 30 minutos de atividade física por dia, na maior parte dos dias da semana se possível todos, de intensidade moderada e de forma contínua e acumulada”.

A prática de exercício físico é recomendada na maioria dos dias da semana, com um tempo mínimo de 30 minutos por dia, onde estes podem ser realizados de forma contínua ou acumulada em duas sessões de 15 minutos ou três de 10 minutos e que devem possuir como limiar mínimo de proteção, cargas de leves a moderada e também deve ser um trabalho regular e contínuo. (PORTO, 2009).

Uma curiosidade é levantada por Hawerroth *et al.*, (2010) quando falam que a capacidade funcional parece ser a variável que é mais afetada com a prática de exercícios resistidos. Complementando, o ACSM

(2006) fala que o treinamento de força possui efeitos positivos sobre a ação da insulina, densidade óssea, metabolismo energético e estado funcional.

Com todos estes dados, percebe-se que, com o avanço da idade, ocorre uma queda nas características funcionais dos idosos, estas que são extremamente importantes e estão intimamente relacionadas à qualidade de vida, ou seja, bem estar físico, mental, psíquico e social.

A prática de exercício físico é fundamental para a manutenção da capacidade funcional, ajudando a melhorar vários aspectos na vida do idoso. E o estilo de vida ativo passou a ser considerado fundamental na promoção da saúde, pois é grande o impacto dos hábitos pessoais e do estilo de vida na saúde dos idosos.

CONCLUSÃO

Ao avaliar os dois grupos estudados pode-se observar uma maior capacidade funcional em idosos não-institucionalizados, sedentários ou não. Isso pode ocorrer pelo fato destes terem mais autonomia para realizar os mais diversificados tipos de tarefas e terem a liberdade de movimentar-se pelos mais diferentes locais.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN COLLEGE SPORTS OF MEDICINE (ACSM). **Manual do ACSM para Avaliação da aptidão física relacionada à saúde**. Tradução: Giuseppe Taranto. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- ALFIERI, F. M.; WERNER, A.; ROSCHEL, A.B.; MELO, F.C.; SANTOS, K.I.S. Mobilidade funcional de idosos ativos e sedentários versus adultos sedentários. **Brazilian Journal Biomotricity**, v. 3, n. 1, p. 89-94, 2009.
- ALVES, L. C.; LEIMANN, B.C.Q.; VASCONCELOS, M.E.L.; CARVALHO, M.S.; VASCONCELOS, A.G.G.; FONSECA, T.C.O.; LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, 2007.
- ANDREOTTI, R. A.; OKUMA, S. S. Validação de uma bateria de testes de atividades da vida diária para idosos fisicamente independentes. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 46-66, 1999.
- ARGIMON, I. I. L. Aspectos cognitivos em idosos. **Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica**, v. 5, n. 2, Porto Alegre, dez 2006.
- BEZERRA, A. F. B.; SANTO, A. C. G. E.; BATISTA FILHO, M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, 2005.
- CAMARANO, A.A.; BELTRÃO, K.I.; PASCUM, A.R.P.; MEDEIROS, M.; CARNEIRO, I.G.; GOLDANI, A.M. Como vai o Idoso Brasileiro?. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**, Rio de Janeiro, dez. 1999. Disponível em: <<http://cdi.mecon.gov.ar/biblio/docelec/mu2312.pdf>> acesso em: 20 abr 2010.
- CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003.
- COELHO, C. F.; BURINI, R. C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Revista de Nutrição**, v. 22, n. 6, Campinas, dez 2009.
- DURWARD, B. R.; BAER, G. D.; ROWE, P. J. Aspectos da mensuração do movimento funcional humano. In: DURWARD, B. R.; BAER, G. D.; ROWE, P. J. **Movimento Funcional Humano**. São Paulo: Manole, 2001. p. 1-12.
- FIEDLER, M. M.; PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, 2010.
- FIGUEROA, J. C. G.; FRANK, A. A. Nutrição e atividade física para a promoção de saúde no envelhecimento. **Lectures Educación Física y Deportes**, v. 8, n. 48, mai 2002. disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd48/nutri1.htm>> acesso em: 06 mai 2010.
- FRANCISCHI, R. P.; PEREIRA, L. O.; LANCHETA JUNIOR, A. H. Exercício, comportamento alimentar e obesidade: revisão dos efeitos sobre a composição corporal e parâmetros metabólicos. **Revista Paulista de Educação Física**, v. 15, n. 2, p.117-140, jul./dez. 2001.

HAWERROTH, D.; KULKAMP, W.; WENTZ, M. D.; Exercícios resistidos e qualidade de vida: impacto na capacidade funcional e benefícios terapêuticos. **Lectures Educación Física y Deportes**, v. 15, n. 143, Buenos Aires, abr 2010. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd143/exercicios-resistidos-beneficios-terapeuticos.htm>> acesso em: 23 abr 2010.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2000. **Censo Demográfico: Brasil, 2000**. Rio de Janeiro: IBGE.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O Envelhecimento da população mundial: Um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**, v. 21, n 3, São Paulo, jun 1987.

MATSUDO, S. M. Apresentação. In: MATSUDO, S. M. **Avaliação do idoso: física e funcional**. São Caetano do Sul: Midiograf, 2005. p. 11-13.

OKUMA, S. S. **O idoso e a atividade física: fundamentos e pesquisa**. Campinas, Papyrus, 1998.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Idosos são 10% da população mundial**. Disponível em: <[HTTP://www.onu-brasil.org.br/view_news.php?id=4726](http://www.onu-brasil.org.br/view_news.php?id=4726)> acesso em: 09 mar. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **La salud de las personas de edad**. Genebra, 2000. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_779_spa.pdf> acesso em: 03 mar. 2010.

PORTO, F. A. A importância da atividade física para a saúde. **Blog Artur Monteiro**, 2009. Disponível em: <<http://www.arturmonteiro.com.br/2009/09/a-importancia-da-atividade-fisica-para-saude/>> acesso em: 23 abr 2010.

PORTO, F. A. Benefícios da atividade física. **Saúde em movimento**, jun 2002. Disponível em: <http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibe1.asp?cod_noticia=640> acesso em: 12 mai 2010.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, Rio de Janeiro, jun 2003.

RICCI, N. A.; KUBOTA, M. T.; CORDEIRO, R. C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, ago. 2005.

ROSA, T.E.C.; BENÍCIO, M.H.D.; LATORRE, M.R.D.O.; RAMOS, L.R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, 2003.

SANTOS, S. Habilidade Motora e Envelhecimento. In: TANI, G. **Comportamento Motor: Aprendizagem e Desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A, 2005. p. 171-184.

SOUZA, P. S., FALCÃO, J. T. R.; LEAL, M. C. C.; MARINO, J. G. Avaliação do desempenho cognitivo em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 10, n. 1, Rio de Janeiro, 2007.

VELARD, J. E; AVILA, F. C. Methods for quality of life assessment. **Salud Pública México**, v. 44, n. 4, 2002, p. 349-61.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, 2009.

¹ Universidade de Fortaleza - UNIFOR