

ACTIVIDADE FÍSICA E AUTONOMIA INSTRUMENTAL DAS PESSOAS IDOSAS



FARIA, Tânia¹; FERNANDES, Maria Teresa²; LOPES, Manuel³.

RESUMO: Aliada ao processo de envelhecimento está descrita uma diminuição progressiva da capacidade funcional e adaptativa do idoso, onde o sedentarismo parece actuar como factor desencadeante. Este trabalho pretende perceber se existe uma relação entre o nível regular de actividade física praticado pelas pessoas idosas e a sua autonomia instrumental.

Desenvolveu-se um estudo descritivo, correlacional e transversal, no ano 2010, com amostra intencional constituída por 100 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos. A colheita de dados foi efectuada em dois ginásios e dois centros de dia localizados na cidade de Lisboa, e foram utilizados como instrumentos a Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária (Lawton & Brody, 1969) e o International Physical Activity Questionnaire (Craig et al., 2003).

Obteve-se uma média de idades de 76 anos, sendo 78% dos inquiridos do sexo feminino. Inseriram-se 30% na categoria de actividade física “ligeira”, 45% na “moderada” e 25% na “vigorosa”. Relativamente à autonomia instrumental, a maioria era moderadamente dependente. Verificou-se que o grau de autonomia instrumental dos idosos aumenta com o aumento da actividade física praticada ($\rho_S = 0,815$; p-value < 0,001).

Conclui-se que actividade física tem assim um papel importante no estilo de vida activo e saudável das pessoas idosas, nomeadamente ao nível da manutenção da autonomia instrumental, pelo que é essencial a qualificação de profissionais para actuar nesta faixa etária no âmbito da promoção e educação para a saúde e da prevenção de doenças e dependência funcional.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoas idosas; Actividade física; Autonomia instrumental.

ABSTRACT: Combined with the aging process is described a progressive decrease in functional and adaptive capacity of the elderly, where physical inactivity seems to act as a triggering factor. This work seeks to realize if there is a relationship between the level of regular physical activity practiced by elderly and its instrumental autonomy.

A descriptive, related and transversal study was developed in the year 2010, with an intentional sample consisting of 100 individuals aged 60 years or above, of both genders. The data collection was carried out in two gymnasiums and two day care centers located in the city of Lisbon, and were used the Instrumental Activities of Daily Living Scale (Lawton & Brody, 1969) and the International Physical Activity Questionnaire (Craig et al., 2003).

A mean age of 76 years was obtained and 78% of the respondents were female. 30% were classified as having a "low" physical activity level, 45% as "moderate" and 25% as "high". Regarding instrumental autonomy, most were moderately dependent. It was verified that the degree of instrumental autonomy of the elderly increases with increased physical activity ($\rho_S = 0.815$; p-value < 0.001).

It is concluded that physical activity has an important role in the active and healthy lifestyle of elderly persons, in particular when the purpose is maintaining their instrumental independence, so it's essential to have qualified professionals working with this age group as part of its health education and promotion as well as its disease and disability prevention.

KEY WORDS: Elderly persons; Physical activity; Instrumental autonomy.

¹ Mestranda do 2º Curso de Mestrado Saúde e Bem-Estar das Pessoas Idosas da Universidade de Évora. Contacto: taniacfaria@sapo.pt

² Co-autora orientadora do trabalho original. Professora Auxiliar na Universidade de Évora.

³ Co-autor co-orientador do trabalho original. Director e Professor Coordenador na ESESJD de Évora.

INTRODUÇÃO

Como consequência das tendências de diminuição da fecundidade e de aumento da longevidade tem-se verificado um crescente envelhecimento demográfico da população portuguesa. No final de 2009, a população idosa (65 anos ou mais) representava cerca de 17,9% da população geral portuguesa, com um índice de envelhecimento de 118 idosos por cada 100 jovens com menos de 15 anos de idade⁽¹⁹⁾.

As particularidades e consequências do envelhecimento das populações têm despertado o interesse público internacional, pelo que têm sido amplamente discutidas questões como a promoção da velhice mais saudável e activa, com qualidade de vida, e do envelhecimento dito com sucesso⁽³¹⁾. De facto, tem havido uma tentativa de ultrapassar a visão estereotipada do envelhecimento, que se baseia em noções de declínio, patologias e incapacidades, substituindo-a pela ideia do envelhecimento como um processo de mudança progressiva dos indivíduos que se inicia antes do nascimento e desenvolve-se ao longo da vida⁽¹³⁾. A velhice passa assim a ser vista como uma etapa do ciclo de vida, pelo que também se aplica o princípio da heterogeneidade às pessoas idosas⁽¹⁴⁾.

O envelhecimento e a velhice são conceitos ambíguos, não existindo um consenso quanto aos limites de idade que devem sustentar a sua análise.^(13,33) Ainda assim, a utilização do critério da idade para aglutinar um grupo de pessoas com características comuns não oferece contestação e é habitualmente aceite a idade dos 60 ou 65 anos como idade limiar para o início da velhice⁽³⁸⁾.

Aliada ao envelhecimento está uma diminuição progressiva da capacidade de adaptação às situações do dia-a-dia, ficando o idoso conseqüentemente mais vulnerável⁽⁷⁾. O processo de declínio da capacidade funcional será mais lento ou mais rápido dependendo de uma série de factores internos e externos à pessoa⁽¹⁸⁾. O sedentarismo ou inactividade física é considerado um factor de risco modificável⁽²⁷⁾, e por isso propício ao aparecimento de certas doenças de natureza metabólica, endócrina e degenerativa⁽³⁹⁾. Como tal, é visto como um factor desencadeante de uma deterioração mais rápida da saúde do idoso, onde a dependência funcional acaba por surgir, o que pode levar à necessidade de auxílio por terceiros dada a perda de autonomia⁽⁷⁾.

A capacidade funcional está relacionada com a autonomia que cada pessoa tem na execução de tarefas de vida quotidiana⁽⁶⁾. A independência dos idosos na execução das Actividades de Vida Diária (básicas, instrumentais e avançadas) estabelece o seu grau de funcionalidade e tem um impacto significativo na sua saúde e qualidade de vida⁽²⁾. As Actividades Básicas de Vida Diária (ABVD) são as mais elementares, relacionadas com o autocuidado e a mobilidade⁽⁷⁾. Para este estudo interessa-nos as Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), que são mais complexas que as anteriores e incluem tarefas de adaptação ao meio ambiente, necessárias à independência do indivíduo e directamente relacionadas com o estado cognitivo⁽³⁸⁾. A correspondência entre as AIVD e a expressão “autonomia instrumental” (AI) é comum⁽⁶⁾.

A avaliação das capacidades instrumentais dos idosos é fundamental porque permite conhecer as suas possibilidades de vida autónoma, mesmo quando não se registam

grandes dependências e antes de serem comprometidas as ABVD⁽³⁴⁾. Neste trabalho de investigação foi usada a Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária (Escala AIVD), desenvolvida por Lawton e Brody (1969) e validada em Portugal por Araújo e colaboradores (2008). Continua a ser a referência mais comum na avaliação da funcionalidade instrumental dos idosos pela sua fácil aplicação e interpretação e pela sua utilidade no rastreio precoce da incapacidade^(2,15).

A manutenção regular de actividade física (AF) é actualmente aceite como factor chave para um envelhecimento saudável, actuando ao nível biológico, psicológico e social⁽³⁹⁾. A AF entende-se como "(...) toda e qualquer actividade que aumente o consumo energético para além do metabolismo basal (...)"^(32: p.60), podendo ser organizada como na ginástica ou uma actividade simples como andar ou jardinar. Como instrumento de medição da AF foi seleccionado para este estudo o International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), que permite estimar o total de AF realizada por semana, ao considerar o tempo (em minutos) registado por cada categoria de actividade - andar, AF de intensidade vigorosa ou moderada - através dos equivalentes metabólicos (MET) definidos para cada categoria⁽¹¹⁾.

A promoção de um envelhecimento activo traz repercussões positivas na manutenção ou melhoria da qualidade de vida e bem-estar do idoso⁽¹³⁾. De acordo com Fernández-Ballesteros (2002), citado por Botelho⁽⁷⁾, para que seja possível envelhecer de forma saudável há que promover a saúde, o funcionamento físico e mental e o compromisso com a vida, de forma a manter a autonomia e independência. A adopção da prática regular de AF pode trazer benefícios,

directos e indirectos, em múltiplos âmbitos da vida da pessoa idosa⁽²⁹⁾, sendo que alguma actividade é melhor que nenhuma e nunca é tarde para se tornar fisicamente activo⁽³⁾. Neste caso, colocamos a questão: poderá estabelecer-se uma relação significativa entre o nível regular de actividade física praticado pelas pessoas idosas e autonomia instrumental?

METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido no ano 2010, na cidade de Lisboa, em dois ginásios e dois de centros de dia. Definiram-se algumas hipóteses para este estudo, das quais realçamos duas: 1) pessoas idosas que praticam AF moderada ou vigorosa em base regular têm melhor AI que as consideradas sedentárias; 2) quanto maior a idade da pessoa idosa, menor a sua AF e AI.

O estudo aqui realizado insere-se no paradigma quantitativo, sendo quanto à opção metodológica um estudo descritivo, correlacional e transversal. A amostragem foi não probabilística, por conveniência, e a amostra constituiu-se por 100 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, reformados, de ambos os sexos, residentes em meio urbano e domicílio familiar. Como critérios de não inclusão considerou-se a existência de estados demenciais e/ou perturbações psiquiátricas que dificultassem o preenchimento dos questionários e a existência de dependência total nas ABVD.

Como instrumentos de recolha de dados utilizou-se o IPAQ⁽¹¹⁾, a Escala AIVD⁽²²⁾ e um questionário de caracterização sócio-demográfica.

O IPAQ tem várias versões, que diferem na via de administração e no período sob investigação a que se reporta⁽¹¹⁾. Neste

estudo foi usada a “versão curta, semana normal”, que tem sete itens e possibilita determinar o gasto energético com a prática de AF aludindo a uma semana que o inquirido considere habitual ⁽³⁷⁾. Após utilização de fórmulas traçadas para o efeito, vai-se calcular um “score” de actividade física total, expresso em MET-minutos/semana, o que permite categorizar o nível de AF total em “ligeiro”, “moderado” e “vigorosa” ^(4,12). Existe ainda uma variável adicional do IPAQ, que é indicadora do tempo gasto em actividade sedentária ⁽¹¹⁾. Embora tenha sido desenhado para ser aplicado em adultos dos 18 aos 69 anos de idade ⁽¹²⁾, já foi validado para idosos ^(4,5).

A Escala AIVD considera oito actividades, permitindo quantificar as tarefas comprometidas e, como tal, estabelecer diferentes níveis de AI ⁽¹⁵⁾. Utilizou-se uma cotação policotómica, como especificado por Araújo e colaboradores (2008) no seu estudo, em que a pontuação mais baixa corresponde a pior funcionalidade. O somatório das diferentes questões varia entre 0 e 23 ⁽²⁾ e permite a classificação quanto à AI como “severamente dependente”, “moderadamente dependente” ou “independente” ⁽³⁸⁾.

A caracterização sócio-demográfica dos indivíduos da amostra foi feita quanto à idade, género, rendimento mensal líquido, habilitações literárias, estado civil e presença ou ausência de doença crónica.

Após o devido consentimento informado, a colheita de dados ocorreu no próprio espaço físico do grupo ou numa sala anexa a este, na sua maioria por via entrevista. Implicou mais do que uma ida a cada estabelecimento pois tínhamos como objectivo a obtenção dum total de 100 questionários válidos, 50 provenientes dos ginásios e 50 dos centros de dia.

Procedeu-se ao tratamento estatístico dos dados, utilizando o programa informático SPSS (“Statistical Package for the Social Sciences”) 13.0® para Windows. Utilizou-se estatística descritiva para descrever e sintetizar os dados e a estatística inferencial possível, tendo em conta os dados obtidos, numa abordagem não paramétrica.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A média de idades dos 100 indivíduos da amostra é de 76 anos, sendo a idade mínima de 60 anos e a máxima de 100 anos. Os inquiridos do sexo feminino rondam os 78% do total da amostra. Cerca de 46% dos sujeitos da amostra têm como habilitações literárias a frequência do 1º ciclo do ensino básico e recebe entre 250 a 500 euros de reforma mensal líquida. Os indivíduos casados e os viúvos são os que prevalecem na amostra, com 38% e 44% dos casos respectivamente. Cerca de 85% dos inquiridos referiram ter pelo menos uma doença crónica. Destes, 18,8% sofrem de doença cardiovascular, 22,4% de doença osteoarticular e 28,2% apontaram mais do que uma patologia.

A análise do IPAQ permitiu observar que os indivíduos da amostra passavam em média 5,73 horas por dia sentados. Nestes dados, a mediana foi de 987,00 MET-min/sem, com mínimo de 0,00 e máximo de 7038,00 MET-min/sem. Quando se procedeu à classificação dos resultados do IPAQ por categorias, verificou-se que 30% dos 100 sujeitos da amostra inserem-se na categoria de actividade “ligeira”, 45% na “moderada” e 25% na “vigorosa”.

Relativamente à Escala AIVD obteve-se uma média de 17,4 valores e mediana de 20 valores, classificações que se inserem

na categoria “moderadamente dependente”⁽³⁸⁾.

As variáveis AI e AF não têm uma distribuição normal (teste de Kolmogorov-Smirnov, $p < 0,001$), pelo que se realizou uma análise estatística não paramétrica.

Verificou-se que a AF e a AI apresentam uma correlação significativa (Correlação de Spearman $\alpha = 0,815$, $p < 0,001$), traduzindo uma associação “positiva alta”^(10: p. 83).

Verificou-se ainda uma associação significativa e positiva, moderada a alta (Correlação de Spearman, $0,479 < \alpha < 0,759$, $p < 0,001$), entre os níveis de AF (ligeiro, moderado ou vigoroso) e cada domínio da Escala AIVD. Esta significância é maior com actividades como cuidar da casa, usar meios de transporte e fazer compras. Na análise de dados cruzados, a maior diferença entre categorias parece verificar-se em todos as AIVD quando se passa da AF ligeira para a AF moderada.

O tempo gasto em actividade sedentária também foi correlacionado com a Escala AIVD, tendo-se obtido coeficiente de correlação $-0,676$ (Correlação de Spearman, $p < 0,001$).

Após análise dos resultados (“scores”) parciais do IPAQ, verificou-se que os idosos desta amostra parecem preferir “andar” na sua semana habitual, em comparação com os outros níveis de prática de AF (Teste de Friedman, $\chi^2 = 63,519$, $df = 2$, $p < 0,001$).

Relacionámos também as variáveis AF e AI com os aspectos sócio-demográficos avaliados e verificou-se que existe uma correlação significativa, moderada e negativa, com o grupo etário (Correlação de Spearman, $\alpha = -0,595$ no caso da AI e $\alpha = -0,539$ no caso da AF, $p < 0,001$). Observou-se uma associação positiva baixa, significativa, com a escolaridade cumprida, (Correlação de Spearman, $\alpha = 0,370$ no

caso da AI e $\alpha = 0,394$ no caso da AF, $p < 0,001$). O rendimento mensal líquido tem uma relação significativa, positiva e moderada com a AI (Correlação de Spearman, $\alpha = 0,421$, $p < 0,001$) e a AF (Correlação de Spearman, $\alpha = 0,570$, $p < 0,001$). Existe uma diferença significativa entre as pessoas “saudáveis” e as que referiram sofrer pelo menos uma doença crónica, relativamente aos níveis médios de AF praticado (Mann-Whitney U, $\alpha = 392,5$; $Z = -2,541$, $p < 0,05$), mas não em relação à AI (Mann-Whitney U, $\alpha = 463$; $Z = -1,699$, $p = 0,089$). Há pelo menos um tipo de estado civil distinto dos restantes no caso da AI (Kruskal-Wallis, $\chi^2 = 17,199$, $df = 3$, $p \leq 0,001$) e da AF (Kruskal-Wallis, $\chi^2 = 24,595$, $df = 3$, $p \leq 0,001$). Não se encontrou diferença significativa entre homens e mulheres em nenhuma das situações (Mann-Whitney U, $p > 0,05$).

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Confirmou-se que há relação entre a AF e a AI, sendo que quanto maior o nível de AF praticado, maior o grau de AI nos idosos da amostra; pelo que a primeira hipótese acima referida foi aceite. Como este estudo é do tipo descritivo, não se pode formular uma relação conclusiva de causa-efeito entre as variáveis⁽¹⁶⁾.

Os dados sugerem que a AF tem um papel importante ao nível da manutenção da AI e que o maior decréscimo nos valores de dependência das várias AIVD surge quando se passa do nível ligeiro de AF para o moderado. Resultados similares foram apresentados noutros estudos em relação às AVD^(17,25,35). A prática regular de AF tem alguns benefícios que são particularmente importantes para as pessoas idosas por contribuírem para um estilo de vida mais saudável e independente, dos quais

destacamos a potencialidade para atrasar o declínio da capacidade funcional associado à idade e para melhorar a mobilidade e independência, com maior facilidade na execução das AVD ^(26, 28).

Alguma actividade parece ser melhor que nenhuma, pelo que indivíduos que passam de um estilo de vida sedentário para um comportamento fisicamente activo experimentam taxas mais baixas de doença e mortalidade prematura que os que não mudam ⁽²⁹⁾. Apesar da dose óptima de AF ainda não ter sido definida, é aconselhada a manutenção de um esquema regular de AF moderada para otimizar a saúde ^(1,3). Porém, benefícios adicionais poderão ser conseguidos por meio de maior duração ou de intensidade mais vigorosa, mesmo em idade avançada ⁽³⁾, já que certas mudanças biofisiológicas só se atingem com o exercício moderado a intenso, como é o caso de adaptações no sistema cardiovascular ⁽²⁴⁾.

Outro aspecto que parece influir no nível de AI é o tempo que as pessoas idosas passam diariamente na posição sentada ⁽²⁵⁾. Na nossa amostra, verificou-se que quanto maior o tempo gasto sentado, menor era a AI. Independentemente do nível de AF realizado, há indícios que o comportamento sedentário tem implicações nefastas para a saúde, havendo uma associação dose-resposta entre o tempo gasto sentado e a mortalidade, excesso de peso/obesidade e doença cardiovascular ^(26,30). É actualmente defendida a ideia de que as pessoas idosas deviam inserir um programa de exercício sistemático ao longo da vida, de forma a manter ou melhorar a autonomia funcional, pelo seu potencial efeito protector ^(9,28,29). Mesmo um período relativamente curto de pausa sedentária pode causar desuso e fazer regredir as capacidades ganhas com o exercício praticado anteriormente ⁽⁹⁾.

As AIVD que verificámos terem maior relação com o nível de AF realizado (ou seja, cuja independência aumenta com o aumento da AF) - cuidar da casa, usar meios de transporte e fazer compras - parecem necessitar de um certo nível de aptidão física, com recurso a habilidades motoras amplas e que mantenham íntegras capacidades como a agilidade ou equilíbrio. Sabe-se que a diminuição destas capacidades, associada ao baixo nível de AF desenvolvido pelos idosos, leva ao declínio da capacidade de realização das AVD, tornando-os menos autónomos ^(21,40). As AIVD como “responsabilidade com a medicação” e “usar o telefone” estão entre as que tiveram correlação mais baixa com a AF e onde, em comparação com as anteriores, parece predominar o recurso às capacidades mental e cognitiva. Segundo o estudo de Aoyagi e Shephard ⁽¹⁾, os idosos necessitam de praticar quantidades muito menores de AF de forma a obterem uma melhor saúde mental quando comparado com o que necessitam fazer para melhorarem a sua saúde física.

Por outro lado, os idosos desta amostra parecem preferir “andar” (marcha) na sua semana habitual, em comparação com outros níveis de AF. Este é de facto um modo barato e seguro de aumentar a prática de AF nos idosos ⁽²⁶⁾, e como tem uma natureza directa funcional, mesmo nos casos de idosos mais “fragilizados”, é a modalidade aeróbica de eleição ⁽²⁴⁾. Também Mazo e colaboradores ⁽²⁵⁾ obtiveram o mesmo resultado no seu estudo, realçando que caminhar parece constituir uma acção utilitária importante, já que é conveniente, auto-regulável e pode incluir rotinas ocupacionais e domésticas. Verificou-se neste e noutros estudos um declínio significativo da capacidade instrumental ^(34,7) e da prática de AF ^(1,25,30) à

medida que o grupo etário vai-se tornando mais idoso. Estas tendências aliam-se ao próprio processo de envelhecimento, onde as limitações biofisiológicas têm repercussões sobre a função física, intelectual e social ⁽²¹⁾. Além disso, como referem Graça e Almeida (1998), citados por Caetano e Raposo ⁽⁸⁾, a população portuguesa parece ter atitudes e comportamentos socioculturais de carácter limitativo face à AF na velhice.

A adopção de programas personalizados e motivadores de exercício físico pode ajudar a combater estas tendências, com uma componente de educação para a saúde que contribua para o maior entendimento dos benefícios da AF para os idosos. Até porque os nossos resultados mostram uma assimetria em relação ao nível educacional e de rendimentos dos indivíduos, que é um aspecto que merece atenção no plano actual em termos socioeducativos e políticos. De facto, verificou-se que quanto maior a reforma e escolaridade maior tende a ser a prática de AF ⁽²⁵⁾ e o grau de funcionalidade ⁽³⁵⁾. A motivação e atitude global face à prática de AF dos menos escolarizados e com menor nível socioeconómico são menos positivas (Graça e Almeida, 1998, cit. por Caetano e Raposo⁽⁸⁾), reportando barreiras ambientais, psicocognitivas e emocionais ⁽²³⁾. Além disso, estes grupos tendem a ter limitada auto-eficácia, enfrentar problemas financeiros e dar pouco valor e prioridade a comportamentos de saúde, tendo maior dificuldade de acesso a serviços sociais e de saúde ^(30,35).

Na nossa amostra, as pessoas “saudáveis” (isto é, que reportaram não sofrer de nenhuma doença crónica) realizavam AF com maiores níveis de intensidade, o que está de acordo com resultados apresentados noutros estudos ^(17,25). No

entanto, é difícil estabelecer se estados de saúde deficitários são consequência de baixos níveis de AF ou se os baixos níveis de AF são consequência de estados de saúde deficitários ⁽¹⁷⁾. Os que sofrem de condições crónicas de doença, em que a AF pode ser terapêutica, deveriam integrar aspectos preventivos e de tratamento num único plano de exercício ⁽²⁹⁾.

Verificámos também que os casados obtiveram os valores mais altos de AI e AF, ao contrário dos viúvos e solteiros, que mostraram ser os mais sedentários, com pior AI. Para os idosos, a falta de suporte familiar (ou social) pode ser uma barreira importante à prática de AF ^(20,25) e ao envelhecimento bem-sucedido, com autonomia e satisfação de vida ⁽³⁴⁾. Na velhice, o casamento é associado a melhor saúde por combater o isolamento e haver um sentimento de pertença, enquanto a viuvez e o divórcio são acontecimentos de vida susceptíveis de alterar profundamente as redes de apoio e associados a mudanças comportamentais nocivas ⁽³⁶⁾. A AF realizada em grupo fomenta a interacção social, com troca de experiências e vivências, esquecendo com estes contactos os sentimentos de solidão e isolamento ^(20,29).

Neste estudo não se encontrou diferença estatística significativa entre homens e mulheres, mas observou-se que o sexo masculino obteve valores superiores quando se trata da prática de AF, ao passo que o sexo feminino tem melhores resultados quando se trata da realização das AIVD no global. Botelho ⁽⁷⁾ apresenta dados semelhantes em relação à AI na sua investigação. Relativamente à AF, há a ideia que as mulheres tendem a ser menos activas em qualquer idade ⁽³⁰⁾, reportando mais barreiras para a prática de AF no tempo livre do que os homens, como falta

de companhia e de interesse, fadiga, problemas de saúde e medo de cair (Satariano et al., 2000, cit. por Maciel ⁽²³⁾). Já os homens têm uma atitude global superior, talvez derivado a terem mais antecedentes e tempo de prática desportiva ao longo da vida ⁽⁸⁾.

Deve-se então também levar em conta na elaboração dum programa de promoção da AF para o idoso as influências interpessoais e ambientais, além das diferenças entre géneros a nível de motivação, interesses, atitudes, barreiras percebidas e antecedentes.

CONCLUSÃO

O presente estudo pretendia verificar se o nível de AF praticado pelas pessoas idosas e a AI estariam relacionados, tendo-se averiguado que têm uma correlação positiva e significativamente alta. Assim, a AF tem um papel importante no estilo de vida activo e saudável das pessoas idosas, especialmente ao nível da manutenção da AI. Por outro lado, parece ser importante saber o nível de AI da pessoa idosa quando se pretende adoptar um programa personalizado de exercício físico.

Também os níveis de AF e AI estão relacionados com certas características sócio-demográficas e verificou-se que os idosos da amostra mais activos e com maior funcionalidade são os mais jovens, “casados”, com maior nível de escolaridade e valor de reforma. Além disso, os que referiram não sofrer de doença crónica praticam mais AF, e não se observaram diferenças significativas entre os géneros.

Como limitação do estudo podemos indicar a utilização de estatística não paramétrica, o que não permite uma noção de causalidade nem de generalização à

população de pessoas idosas da região de Lisboa.

Actualmente, o envelhecimento começa a ser encarado como uma fase do ciclo de vida normal e não como uma fase de declínio obrigatório ⁽³³⁾. Estando os comportamentos sedentários relacionados com uma baixa funcionalidade instrumental, tal como se verificou no presente estudo, pode indicar-se como etapa seguinte os programas especializados de exercício físico destinados a idosos. Conhecer a motivação para melhor adesão a estes programas e a percepção que o idoso português tem de si próprio, do seu percurso de vida e da sua posição perante a velhice podem ser estudos futuros pertinentes.

A qualificação de profissionais para actuar nesta faixa etária é também um aspecto importante a considerar, pois o enfermeiro, enquanto profissional de saúde em posição privilegiada tanto na área da promoção da saúde e comportamentos pró-activos, como da prevenção de doenças e dependência funcional, tem um papel fundamental no intuito de melhorar as condições de vida dos nossos idosos e a de todos nós.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aoyagi, Y. & Shephard, R. J. (2010) – “Habitual physical activity and health in the elderly: The Nakanojo Study”. *Japan Geriatrics Society [on line]*. Vol. 10, Supl. 1; p. 236-243. [Consult. Jan. 2011]. Disponível em www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.14470594.2010.00589.xpdf
2. Araújo, F.; Pais Ribeiro; J., Oliveira. A.; Pinto, C. & Martins, T. (2008) – “Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados”. In: Leal, I. [et. al.] (eds.) - *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (p. 217-220). Lisboa: ISPA.
3. Armstrong, L. [et al.] (2007) – *Directrizes do ACMS para os testes de esforço e sua*

- prescrição. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 7ª ed.
4. Benedetti, T.; Mazo, G. & Barros, M. (2004) - "Aplicação do Questionário Internacional de Atividade Física para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas". *Revista Brasileira de Ciência e Movimento [on line]*. Brasília: Vol.12, N.º 1; p. 25-34. [Consult. Maio 2008]. Disponível em www.ucb.br/mestradoef/RBCM/12/12%20201/c_12_1_4.pdf.
 5. Benedetti, T.; Antunes, P.; Mazo, G.; Petroski, E. & Rodriguez-Anez, C. (2007) - "Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física em homens idosos". *Revista Brasileira de Medicina e Esporte [on line]*. Vol. 13, N.º 1; p. 11-16. [Consult. Maio 2008]. Disponível em www.scielo.br/pdf/rbme/v13n1/04.pdf.
 6. Botelho, M. A. (2000) - *Autonomia funcional em idosos*. Lisboa: Laboratórios Bial.
 7. Botelho, M. A. (2005) - "A funcionalidade dos idosos". In: Paúl, C. & Fonseca, A. M. (eds.) - *Envelhecer em Portugal* (p.115-138). Lisboa: Climepsi Editores.
 8. Caetano, L. M. & Raposo, J. V. (2005) - "Atitudes dos idosos face à actividade física". *Cuadernos de Psicología del Deporte [on line]*. Vol. 5, N.º 1/2; p.143-158. [Consult. Maio 2008]. Disponível em B-On.
 9. Carvalho, M. J.; Marques, E. & Mota, J. (2008) - "Training and Detraining Effects on Functional Fitness after a Multicomponent Training in Older Women". *Karger Gerontology [on line]*. N.º 297. [Consult. Maio 2009]. Disponível em www.karger.com/ger
 10. Cohen, L. & Holliday, M. (1998) - *Practical statistics for students*. London: Sage Publications.
 11. Craig, C. L. [et al.] (2003) - "IPAQ: 12-Country Reliability and Validity". *Medicine & Science in Sports & Exercise [on line]*. p. 1381-1395. [Consult. Maio 2008] Disponível em www.latinut.net/documentos/deporte/metabolismo/lpaq20validacion%20MSSE%2003.pdf.
 12. Craig, C. L. [et al.] (2005) - *Guidelines for data processing and analysis of the IPAQ - short and long forms*. [Consult. Maio 2008]. Disponível em www.ipak.ki.se.
 13. Direção Geral Saúde (2004) - *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Portugal: Ministério da Saúde.
 14. Fonseca, A. M. (2005) - "O envelhecimento bem sucedido". In: Paúl, M. C. & Fonseca, A. M. (Eds.) - *Envelhecer em Portugal* (p. 285-311). Lisboa: Climepsi Editores.
 15. Graf, C. (2008) - "How to Try This: The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale". *American Journal of Nursing [on line]*. Vol. 108, N.º 4; p. 52-62. [Consult. Fev. 2009]. Disponível em www.nursingcenter.com:80/pdf.asp?AID=781867.
 16. Harel, F. (1999) - "Análise estatística dos dados". In: Fortin, M. (eds.) - *O processo de investigação: da concepção à realização* (p. 269-304). Lisboa: Lusodidacta.
 17. Hrobonova, E. [et al.] (2011) - "Higher Levels and Intensity of Physical Activity Are Associated with Reduced Mortality among Community Dwelling Older People". *Journal of Aging Research [on line]*. Vol. 2011, Art. ID 651931; 10 p. [Consult. Fev. 2011]. Disponível em www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3062144/pdf/JAR2011-51931.pdf
 18. Imaginário, C. (2004) - *O Idoso Dependente Em Contexto Familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Edições Sinais Vitais e Formasau.
 19. Instituto Nacional Estatística, I.P. (2010) - *Estatísticas demográficas 2009*. Lisboa: INE. [Consult. Fev. 2011]. Disponível em www.ine.pt.
 20. Jones, C. J. & Rose, D. J. (2005) - *Physical activity instruction of older adults*. USA: Human Kinetics.
 21. Lacerda, J. A. [et al.] (2010) - "Capacidade de Idosos Institucionalizados para Realizar Atividades Instrumentais de Vida Diária". *Revista Inspirar [on line]*. Vol. 2, N.º 2; p.29-34. [Consult. Jan. 2011]. Disponível em www.inspirar.com.br
 22. Lawton, M. P. & Brody, E. M. (1969) - "Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living". *The Gerontologist Journal [on line]*. p. 179-186. [Consult. Fev. 2009]. Disponível em www.gerontologist.oxfordjournals.org/content/9/3Part1/179.full.pdf
 23. Maciel, M. G. (2010) - "Atividade física e funcionalidade do idoso". *Motriz [on line]*. Rio Claro: Vol. 16, N.º 4; p.1024-1032. [Consult. Jan. 2011]. Disponível em www.periodicos.rc.biblioteca.unesp.br
 24. Mazzeo, R. S. [et al.] (1998) - "Exercise and physical activity for older adults, ACMS - position stand". *Medicine & Science in Sports & Exercise [on line]*. Vol. 30, N.º 6. [Consult. Maio 2008]. Disponível em www.saudeemmovimento.

- com.br/conteudos/conteudo_print.asp?cod_noticia=84
25. Mazo, G.Z.; Mota, J.; Gonçalves, L.H. & Matos, M.G. (2008) – “Nível de atividade física, condições de saúde e características sócio-demográficas de mulheres idosas brasileiras”. *Rev Port Cien Desp [on line]*. Vol. 5, N.º 2; p. 202–212. [Consult. Jan. 2011]. Disponível em www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rpcd/v5n2/v5n2a09
26. McMillan, F. [et al.] (2011) – “West End Walkers 65+: A randomised controlled trial of a primary care-based walking intervention for older adults: Study rationale and design”. *BMC Public Health [on line]*. Vol. 11, N.º 120. [Consult. Fev. 2011]. Disponível em www.biomedcentral.com/1471-458/11/120
27. Mendes, R. & Lourenço, C. (2008) – “Atividade física no doente hipertenso”. *Nursing*. Lisboa: Editores Serra Pinto. N.º 229; p. 6-12.
28. Moreira, A. K. & Borges, M. R. (2009) – “Influências da prática de atividades físicas na terceira idade: estudo comparativo dos níveis de autonomia para o desempenho nas AVD e AIVD entre idosos ativos fisicamente e idosos sedentários”. *Motriz [on line]*. Rio Claro: Vol.15, N.º 3; p. 562-573. [Consult. Jan. 2011]. Disponível em www.periodicos.rc.biblioteca.une.sp.br
29. Nelson, M.E. [et al.] (2007) – “Physical Activity and Public Health in Older Adults Recommendation From the ACMS and the AHA”. *Circulation [on line]*. N.º 116; p. 1094-1105. [Consult. Jan. 2011]. Disponível em www.circ.ahajournals.org.
30. O’Donovan, G. [et al.] (2010) – “The ABC of Physical Activity for Health: A consensus statement from the British Association of Sport and Exercise Sciences”. *Journal of Sports Sciences [on line]*. Vol. 6, N.º 28; p.573–591. [Consult. Jan. 2011]. Disponível em www.informaworld.com434213_778384746_921352711.pdf
31. OMS (2002) - *Active Ageing. A Policy Framework. A Contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing*. Madrid: WHO.
32. Pais, S. (2002) – “A Atividade Física no Idoso”. In: Bayle, F. (eds.) - *O idoso em 2000: Actualidades e Perspectivas na Intervenção Psicossocial* (p. 57-64). Loulé: INUAF.
33. Paúl, C. (2005) – “A construção de um modelo de envelhecimento humano”. In: Paúl, C. & Fonseca, A. M. (eds.) - *Envelhecer em Portugal* (p. 21-41). Lisboa: Climepsi Editores.
34. Paúl, C.; Fonseca, A.; Martin, I. & Amado, J. (2005) – “Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses”. In: Paúl, C. & Fonseca, A. M. (eds.) – *Envelhecer em Portugal* (p. 77-98). Lisboa: Climepsi Editores.
35. Pinho, A.; Almeida, P.; Palma, V.; Moniz, R. & Gomes da Silva, M. (2006) – “Identificação dos factores predisponentes ao declínio funcional da população idosa”. *Essfisionline [on line]*. Vol. 2, N.º 4; p. 24-37. [Consult. Maio 2009].
36. Rodrigues, C. (2007) – “Psicologia da saúde e pessoas idosas”. In: Teixeira, J. A. (eds.) – *Psicologia da saúde, contextos e áreas de intervenção* (p. 235-250). Lisboa: Climepsi Editores.
37. Santos, R. [et al.] (2005) – “Obesidade, síndrome metabólica e atividade física”. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte [on line]*. São Paulo: Vol. 19, N.º 4, p. 317-328. [Consult. Maio 2008] Disponível em www.usp.br/eef/rbefe/v19n42005/v19n4p317.pdf
38. Sequeira, C. (2010) - *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: LIDEL.
39. Serrano, J. Trindade, N. & Semião, P. (2008) - “A prática de actividade física nos ginásios e academias. Motivações e influências.” In: Pereira, B. & Carvalho, G. (eds.) - *Actividade física, saúde e lazer: modelos de análise e intervenção* (p. 165 -183). Lisboa: LIDEL.
40. Tribess, S. & Virtuoso Jr., J. S. (2005) - “Prescrição de exercícios físicos para idosos”. *Revista de Saúde Comunitária [on line]*. Florianópolis: Vol. 1, N.º 2; p. 163-172. [Consult. Maio 2008] Disponível em B-on.