

## Perfil do estilo de vida e autoestima da pessoa idosa - perspectivas de um Programa de Treinamento Físico<sup>1</sup>

*Profile of the lifestyle and the self-esteem of the elderly - perspectives from a physical training program*

Luzia Wilma Santana da Silva  
Rafaela Gomes dos Santos  
Camila Fabiana Rossi Squarcini  
Adriano Lopes de Souza  
Marlúcio Pereira de Azevedo  
Frank Ney Monteiro Barbosa

**RESUMO:** Estudo de natureza quanti-qualitativa e intervencionista, cujo objetivo foi avaliar a autoestima e estilo de vida de pessoas idosas e seus familiares num Programa de Treinamento Físico aeróbio. Os resultados demonstraram que houve elevação da autoestima e melhoria no estilo de vida dos participantes após a participação da família no programa. A ação intervencionista melhorou a qualidade de saúde dos idosos relacionada às doenças crônico-degenerativas.

**Palavras-chave:** Atividade física; Idoso; Família.

**ABSTRACT:** *A quantitative, qualitative and interventionist study, which aimed to evaluate the self-esteem and the lifestyle of the elderly and their families in an aerobic exercise program. The results showed an improvement in the self-esteem and in the lifestyle of the participants after the participation of their family in the program. The interventionist action improved the quality of life of the elderly in regards to chronic degenerative diseases.*

**Keywords:** *Physical activity; Elderly; Family.*

---

<sup>1</sup> Estudo desenvolvido no NIEFAM – Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em Convivência com Doenças Crônico-Degenerativas – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.

## **Introdução**

As ações habituais, como os costumes, valores e oportunidades pessoais, refletem diretamente no estilo de vida das pessoas. (Nahas, Barros & Francalacci, 2000). Essas ações estão, no âmbito da saúde humana, relacionadas ao processo de ser saudável ou não, influenciando na maneira de viver a vida e na autoestima das pessoas.

A autoestima é o juízo de valor expresso nas atitudes que o indivíduo tem consigo mesmo, e, conseqüentemente, com os outros. Deste modo, ter uma autoestima elevada é importante porque proporciona maior segurança e confiança para o viver a vida. (Mosquera & Stobäus, 2006). Esse viver a vida, em idade mais avançada, é uma consequência que se deve ter das vivências dos ciclos vitais anteriores, de modo a viver a última fase deste ciclo, com boa qualidade de saúde, tendo em vista a longevidade.

Nesse sentido, o estilo de vida adotado durante a fase de desenvolvimento humano está intrinsecamente ligado com uma velhice saudável. Assim, o ter cuidado de si visando à promoção da saúde e à prevenção de doenças são arcabouços para as conquistas do envelhecimento bem sucedido. Sentir-se feliz, alegre, de bem com a vida e consigo mesmo é fundamental e singular na fase do envelhecimento, pois alcançar a terceira idade com aspectos psicológicos elevados, otimismo, controle pessoal, autoestima elevada permitirá uma maior segurança e confiança para viver a última fase do ciclo vital.

O número de pessoas idosas no Brasil e no mundo tem crescido exponencialmente. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008a) os avanços da medicina, juntamente com as melhorias nas condições gerais de vida da população, refletem na elevação da média de vida do brasileiro de 45,5 anos de idade, em 1940, para 72,7 anos, em 2008, em outras palavras, mais 27,2 anos de vida. Segundo a projeção do IBGE, o Brasil continuará conquistando anos na vida média de sua população, alcançando em 2050 o patamar de 81,29 anos.

Neste sentido, e considerando que envelhecer traz consigo uma série de alterações anatomo-fisiológicas, é salutar pensar em estratégias para o bem viver a vida, viver mais e feliz na fase do envelhecimento e, ao considerar a necessidade que se mostra, é salutar destacar as influências – positivas e progressivas –, do exercício físico para um envelhecimento com maior qualidade de saúde, em especial o exercício físico

aeróbico, pelas suas contribuições, e, conseqüentemente por sua estreita relação com a melhor autoestima desta parcela da população envelhecida.

Pensar o envelhecimento é perspectivar que este caminha lado a lado com relações vinculares com entes parentais. Em outras palavras, envelhecer junto aos sistemas familiares, aspecto já evidenciado na Constituição Federal Brasileira (1988), em seu Art. 230, e destacado na Política Nacional do Idoso, quando refere: “a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida”.

Sobre o destacado, importante se faz citar os dados do IBGE (2008b) sobre os indicadores sociais do Brasil, quando refere que: o aumento da esperança de vida nas últimas décadas fez com que crescessem as possibilidades de convívio familiar de duas ou até três gerações coabitando o mesmo espaço-tempo.

O convívio dos idosos com filhos ou parentes tem sido destacado como uma situação saudável e positiva para o seu bem-estar, promovendo uma melhor condição de vida no processo envelhecida, uma vez que há um cuidado dos entes parentais mais idosos de maneira mais proximal.

Destaque, ainda se faz, em serem as regiões Norte e Nordeste os locais onde o número médio de filhos é maior do que as proporções de outras regiões do Brasil, (cerca de 50%), o que revela o fenômeno da convivência intergeracional ser mais intenso nestas regiões, razão pela qual a família precisa ser perspectivada como sistema de cuidados para seus membros.

A família então se reverte no sistema mais proximal de cuidados aos seus membros, primeira a atuar nos desvios de saúde e presença constante frente ao processo saúde-doença. No entanto, seu cuidar ou saber cuidar está estreitamente relacionado às histórias de vida construídas durante as fases de desenvolvimento dos ciclos vitais anteriores, constituindo assim os valores ético-moral e vincular que podem atribuir gratidão e respeito ou repulsa e afastamento. (Silva, 2008).

Então, nos perguntamos: a família presente num Programa de Treinamento Físico aeróbico terá ação contributiva para a autoestima e estilo de vida da pessoa idosa, portadora de doença crônica-degenerativa?

Na busca por responder ao questionamento emergiu o presente estudo, que teve por objetivo: avaliar a autoestima e o estilo de vida de pessoas idosas participantes, com

seus familiares cuidadores, do Programa de Treinamento Físico aeróbio para pessoas com doença crônico-degenerativa. As inquietações deste estudo assentam-se à luz de observações empíricas, originárias das ações de pesquisa e extensão do NIEFAM/UESB - Campus de Jequié-BA, na Linha de Pesquisa: Família em seu Ciclo Vital.

### **Envelhecimento humano - contextos e (re) contextos**

A sociedade brasileira torna-se cada vez mais velha. Atualmente, estima-se que existam cerca de 17,6 milhões de idosos no país (Brasil, 2006), fazendo-se necessárias políticas de saúde voltadas para essa população e seus familiares, no enfoque do estilo de vida ativo, com vistas a retardar as mudanças oriundas do envelhecimento, bem como aumentar a autoestima, importante juízo de valor para maior confiança na vida das pessoas, em especial as idosas e mais idosas.

Afinal, de acordo com Rabelo & Neri (2005), os recursos psicológicos e sociais de que o indivíduo dispõe são um caminho na determinação das implicações da incapacidade funcional na vida dessa população. Assim, a autoestima elevada é fundamental para um envelhecimento mais saudável e feliz.

No entanto, há discussões no meio científico assinalando que o processo de envelhecer bem tem relação direta com os hábitos de vida das pessoas, a exemplo da alimentação saudável, da prática de atividade física, do acesso ao serviço de saúde e social, do ter relações interpessoais com redes sociais positivas, entre outros. Assim, envelhecer bem e com qualidade de vida tem sido um ponto em consideração entre os estudiosos, ao destacarem o aumento da população idosa no Brasil e suas demandas, o que deve aumentar as preocupações dos órgãos públicos e da sociedade em geral, no sentido de garantir uma boa longevidade e maior qualidade de vida a essas pessoas. (Joia *et al*, 2006). Então, perguntamos: o que se entende por uma boa vida? E, de que forma deve-se viver para alcançá-la?

Segundo Rabelo & Neri (2005), as definições e indicativos de qualidade de vida podem variar desde o *status* socioeconômico, a satisfação de necessidades e a capacidade funcional até o sentido da vida, o bem-estar e a felicidade. Segundo Nahas (1996), os componentes do estilo de vida que podem ser modificados para um viver

melhor são: a alimentação equilibrada, a prática regular de exercícios físicos, o controle do estresse, o comportamento preventivo, e o não uso de drogas lícitas ou ilícitas.

O somatório destes indicadores, se é que se pode assim chamar, convergem à compreensão de uma boa vida. Portanto, diante dos vários modelos e definições de qualidade de vida, na velhice pode-se ainda ampliá-los, ao dizer que a experiência de uma doença que tem potencial para gerar déficits no funcionamento físico, social, sensorial, cognitivo e afetivo, afeta o desempenho cotidiano nas atividades de vida diária da pessoa e na avaliação subjetiva desta, pois com o avançar da idade ocorre alterações fisiológicas de perda da capacidade funcional que podem comprometer a saúde e a qualidade de vida do idoso (Tribess & Virtuoso Jr, 2005), isto, à luz de nossa compreensão, tem uma estreita relação com o estilo de vida adotado nas fases anteriores do ciclo vital da pessoa idosa.

Deste modo, a pessoa que alcança a terceira idade com bons hábitos de vida, apesar das alterações fisiológicas advindas do envelhecer, mesmo saudável, poderá apresentar bons indicadores fisiológicos decorrentes da prática de atividade física, dentre os quais se pode pontuar: aumento do gasto calórico, melhora do transporte e da captação de insulina, aumento do metabolismo basal, diminuição do peso corporal, diminuição do risco de desenvolver diabetes mellitus e hipertensão arterial, dentre outros. (Ciolac, 2004).

Assim, a prática de atividade física, recomendada de três a cinco dias por semana, com intensidade de leve a moderada, e duração que pode variar entre vinte a sessenta minutos, é reconhecidamente valorizada no âmbito internacional, conferindo respeito às recomendações do *American College of Sports Medicine – ACSM* (2003). Os resultados dos exercícios físicos, em curto prazo, também já são divulgados no meio científico, estando relacionados com as manifestações enunciadas pelos usuários, tais como: sensações de bem-estar, redução da ansiedade e melhora do estado de saúde. (Spirduso, 2005).

Além disso, devem ser levados em consideração na fase do envelhecimento a inclusão social da pessoa idosa e o sentimento de pertença de grupo, e neste grupo destaca-se a família. Em nossa sociedade, a família constitui-se na fonte primária de auxílio e cuidado aos seus integrantes, de amor, gratidão, respeito, desenvolvimento de sua gênese. (Elsen; Marcon & Silva, 2002; Cervene & Berthold, 2002; Miotto, 1998).

Tal consideração leva-se a observância de que, para a pessoa idosa, a relevância das relações sociais é muito grande, principalmente no que se refere à família. No entanto, observa Caldas (2003) que existem diferentes casos a serem considerados, como por exemplo: pessoas idosas que não têm família; idosos cuja família é paupérrima, e estas necessitam trabalhar, não podendo deixar por completo seu meio de sobrevivência para cuidar dos entes idosos.

Deste modo, o idoso, por causa das decorrentes alterações morfofisiológicas do processo de envelhecimento e da existência de doenças, sejam crônico-degenerativas ou não, está mais suscetível a uma condição de dependência de outrem, e, nesse sentido, a presença de um cuidador, ou melhor, da família cuidadora faz-se necessária. Nestas situações, a família é considerada a principal fonte de cuidados, e em nosso contexto, região nordeste do Brasil, trata-se de uma situação de natureza cultural. (Silva, Gonçalves & Costa, 2010).

A família, então, tem sido considerada como uma parte do sistema de saúde, por exercer um papel importantíssimo entre seus pares – cuidado e proteção –, tanto em situações de saúde quanto de doença, tomando decisões relativas aos caminhos a seguir, acompanhando, avaliando e pedindo ajuda quando necessário. (Perlini, Leite & Furini, 2006). Por outro lado, é preciso que o sistema de saúde também considere a família como um sistema que precisa ser cuidado. Em outras palavras, considerar suas possibilidades, limites, potencial de resiliência e suas relações autoritativas no cuidado entre seus membros (Monticelli, 2003; Silva & Santos, 2010).

Neste sentido, ao retomar a ideia central deste estudo – estilo de vida –, implica em o indivíduo permanecer ativo socioespiritualmente, ou seja, ter autonomia e independência, boa saúde física, senso de significado pessoal, desempenho de papéis, sentimento de pertença, vínculos relacionais saudáveis e sentir-se acolhido, e, assim, caminhar na direção de uma elevada autoestima.

Assim, investigar o estilo de vida e a autoestima de grupos populacionais, a exemplo das pessoas idosas portadoras de doenças crônico-degenerativas e seus familiares no Programa de Treinamento Físico, é relevante, porque, como afirma Rabelo & Neri (2005), as crenças positivas têm impacto nos estados emocionais, que por sua vez podem causar mudanças fisiológicas e neuroendócrinas. Deste modo, as crenças positivas podem promover comportamentos saudáveis, senso de autovalor, controle de

estresse, otimismo, propensão a praticar hábitos de vida mais saudáveis e conscientes, e adoção do auto cuidado.

Por outro lado, estudos têm demonstrado que as pessoas idosas estão mais propícias a desenvolverem uma baixa autoestima, fator relacionado à existência de doenças crônico-degenerativas. Tal fato, muitas vezes, decorre de o idoso apresentar resposta mais lenta e menos eficaz às alterações do ambiente em virtude de uma história de vida pessoal, da deterioração dos mecanismos fisiológicos, deixando-os mais vulneráveis. (Farinatti, 2002).

Em contrapartida, de acordo com Spirduso (2005), a atividade física em pessoas idosas tem benefícios surpreendentes, como: aumento do tônus muscular, da força, da resistência física, dentre outros, que contribuem para o aumento da autoestima, proporcionando mudanças positivas no estilo de vida, e, conseqüentemente, um viver a vida mais feliz e saudável.

Além disso, Spirduso (2005) ainda afirma que novas experiências sociopessoais com colegas do grupo, professores de educação física e outras pessoas, fortalecem a existência do ser e seu sentimento de autoimagem, pois, incluído neste meio relacional, a pessoa idosa expressará sentimentos de alegria, autovalorização e aceitação, assim, melhoria no seu estado de saúde.

## **Metodologia**

Estudo de natureza quali-quantitativa e intervencionista, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UESB (Protocolo nº 214/2008), respeitando a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Assenta-se primordialmente na busca pela descrição das características enunciadas de autoestima e estilo de vida de idosos participantes no Programa de Treinamento Físico com seus familiares cuidadores.

A pesquisa foi desenvolvida no Projeto de Extensão e Ação Continuada NIEFAM/UESB – campus de Jequié – e financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), por meio da bolsa de Iniciação Científica, sendo os dados coletados nos meses de agosto-dezembro/2010.

Participaram do estudo 32 idosos com diabetes mellitus tipo II e/ou hipertensão arterial, e outras co-morbidades, cadastrados no referido Projeto, e também em unidades de Estratégia de Saúde da Família do município de Jequié-BA. Foram utilizados como

critérios de inclusão a apresentação de atestado médico para realização de atividade física, que tivessem um membro da família na atividade física, e que fossem anuentes ao estudo assinando Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Após assinatura do TCLE, iniciou-se a coleta de dados, por meio do instrumento de avaliação da autoestima, intitulado Escala de Autoestima UNIFESP-EPM, proposto por Dini e colaboradores (2004), a partir da *Rosenberg's Self-Esteem Scale*, no qual cada participante respondeu individualmente antes e após o Programa de Treinamento Físico (PTF). Esta escala foi escolhida por ser amplamente aceita na comunidade científica, sendo de fácil e rápida aplicação. O instrumento é composto de dez afirmativas com quatro opções de respostas: concordo plenamente; concordo; discordo; discordo plenamente. Cada alternativa tem um escore que varia de zero a três. Quanto maior o escore, menor a autoestima do indivíduo. O escore final da escala pode variar de zero (melhor autoestima) a trinta (pior autoestima).

O PTF teve duração de três meses, sendo desenvolvido três vezes na semana no período vespertino das 16:30 às 18:00. A aula que se constituiu de: a) parte inicial - aquecimento e alongamento entre 10 a 20 minutos; b) parte principal – atividades de cunho aeróbio (20 a 60 minutos); e c) volta à calma – alongamento e relaxamento (5 a 10 minutos) seguindo as recomendações do ACSM (2003), o que constituiu a abordagem intervencionista no estudo. Segundo Escosteguy (2003: 251) trata-se de uma abordagem que “provoca uma modificação intencional em algum aspecto do estado de saúde, através da introdução de um esquema profilático ou terapêutico”. Desta forma, tratou-se, então, do desenvolvimento do PTF e da avaliação dos sujeitos do estudo antes e após o Programa.

Ao término do terceiro mês do PTF, cada participante respondeu uma pergunta aberta em profundidade na busca por compreender as projeções dos idosos no direcionamento da autoestima. Esta pergunta compôs a análise qualitativa do estudo, dando origem a uma categoria que “abraçou” a dimensão das falas dos sujeitos, intitulada: “A atividade física no encontro da autoestima”. Tal categoria atraiu para seu campo de compreensão três subcategorias.

Para além das questões, foi incluído no estudo o instrumento Perfil do Estilo de Vida Individual – PEVI – (Nahas, Barros & Francalacci, 2000), representado pelo Pentáculo do Bem-Estar (Figura 1).



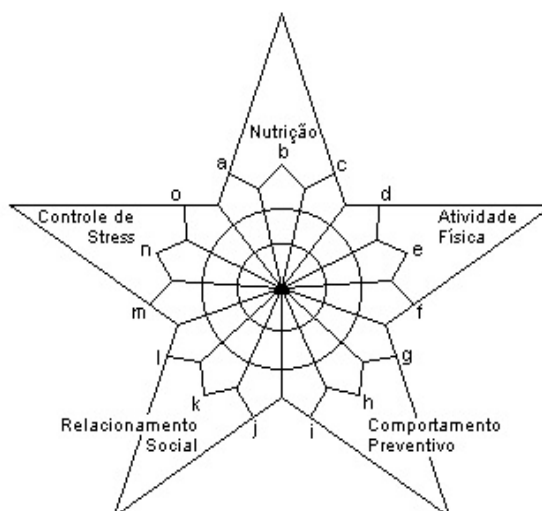


Figura 1. Pentáculo do Bem-Estar, Nahas; Barros & Françalacci (2000).

Este instrumento avaliou cinco aspectos do estilo de vida das pessoas: nutrição, controle de estresse, atividade física, relacionamento social e comportamento preventivo. Tratou-se de um instrumento que objetivou demonstrar por resultados gráficos o perfil do estilo de vida individual dos participantes do estudo realizado após o treinamento.

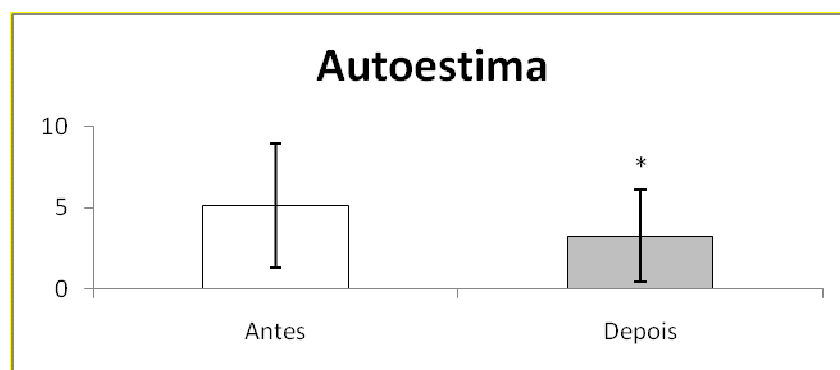
Os dados do PEVI foram analisados numa escala com pontuação entre 0 a 3, assim, os escores menores que 1 referem-se ao índice negativo; entre 1 e 1,99, ao índice regular; e entre 2 e 3, ao índice positivo. Deste modo, fez-se a média do estilo de vida do grupo – quanto mais respostas próximas à pontuação 3, melhor é considerado o estilo de vida, o qual é representado no Pentáculo do Bem-Estar.

A análise qualitativa seguiu o modelo interativo proposto por Miles e Huberman (1984), que convergiu na categoria e subcategorias supracitadas, através da redução, apresentação e interpretação dos dados. Já para a análise quantitativa da autoestima, foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Science (SPSS) - 13.0 for Windows*, e adotado nível de significância de 5%. Após a estatística descritiva (média e desvio-padrão), os dados foram comparados antes e após o treinamento, por meio do Teste T de *Student*, já que a distribuição dos dados foi considerada normal.

## Resultados e discussão

O estudo demonstrou que o Programa de Treinamento Físico aeróbio realizado pelo idoso com doença crônica-degenerativa junto com seu familiar tem impacto na autoestima e no estilo de vida destas pessoas de forma positiva.

Na análise dos dados referentes à autoestima dos idosos que participaram com seu familiar do referido Programa, no NIEFAM, é possível observar (Gráfico 1) uma redução significativa dos valores correspondentes ao questionário da escala de autoestima, que passaram de 5,12 ( $\pm 3,85$  pontos) antes do treinamento para 3,26 ( $\pm 2,82$  pontos) depois do treinamento.



**Gráfico 1.** Autoestima antes e depois de idosos participantes junto com seu familiar de Programa de Treinamento Físico aeróbio. \*  $p < 0,05$

Observa-se no Gráfico 1 a elevação da autoestima do grupo após participação nas atividades junto com o familiar.

Os resultados referentes à escala de autoestima foram positivos no sentido de existir uma diferença estatística significativa entre os resultados do antes e depois, demonstrando assim, uma elevação da autoestima do idoso após o treinamento físico, corroborando assim com a literatura que afirma ser a atividade física promotora não só da melhora física e social, como também da melhora psicológica. (Mazo, *et al*, 2005).

Estudos como o de Chaim; Izzo & Sera (2009), que utilizaram a mesma escala para medir a autoestima de idosos após reabilitação, também encontraram resultados significativos da autoestima elevada.

Estes resultados tiveram uma relação direta com os dados encontrados na análise qualitativa por categorização, de onde emergiu a grande dimensão “A atividade física no encontro da autoestima”, e suas três subcategorias, denominadas: *o convívio em grupo*,

*uma satisfação pessoal – a atividade física na elevação da autoestima; as limitações da saúde interferindo na atividade física – Desafios da pessoa com doenças crônico-degenerativas; e, a atividade física no bem-estar interior e no envelhecimento saudável.*

A primeira subcategoria (*O convívio em grupo, uma satisfação pessoal – a atividade física na elevação da autoestima*) demonstrou, a partir das falas dos idosos, que estes referem elevada autoestima. Enunciam gostar das atividades desenvolvidas no Programa, as quais são responsáveis pela socialização do grupo, aproximando as pessoas e fortalecendo vínculos de amizade, contributivos para os cuidados uns dos outros pela estratégia de incentivo comum. Podemos observar nas falas abaixo, as quais retratam satisfação pessoal e benefícios à saúde:

*“Me sinto muito bem, fico mais alegre, mais disposta. Visitei o projeto para fazer apenas um teste, mas foi tão bom, que acabei ficando, gosto de todas as atividades”. (CS-PTF)*

*“Me sinto bem, eu gosto de tudo. Consegui diminuir bem a pressão, então tudo para mim foi bom. Melhorei do problema de joelho. Me sinto muito bem, muito bem”. (DS-PTF)*

*“Bem, apesar das enfermidades me sinto bem, fiz novas amizades [...], tenho mais força para sair de casa para vim pro projeto”. (HB-PTF)*

*“Me sinto bem [...], gostei muito da educação em saúde, gosto mais das dinâmicas divertidas, volto a ser criança, gosto de todas as atividades”. (MC-PTF)*

*“[...] orgulhosa por tudo que aconteceu comigo [...]” (RM-PTF)*

*“[...] melhorou bastante na pressão, os três dias que venho pro projeto são maravilhosos, gosto de todas as atividades [...] de tudo e de todos”. (MF-PTF)*

As falas demonstram o quão importante se revertem as atividades em grupo para os participantes deste estudo, corroborando com a participação da família, controle das doenças crônico-degenerativas, satisfação pessoal, elevação da autoestima e mudança

no estilo de vida dessas pessoas. Assim, pode-se fazer uma relação direta com o estudo de Mazo *et al.* (2005), no qual os idosos também demonstraram satisfação aos efeitos benéficos da atividade física. Também demonstraram aumento da disposição e de sua felicidade pessoal-social.

Por outro lado, também foi identificado nesta subcategoria que alguns idosos enunciaram não terem atingido todos os seus objetivos, ou seja, perspectivam para suas vidas aumentarem a responsabilidade consigo mesmos, quanto ao autocuidado, de tal modo que demonstram em suas falas certa consciência da importância de seu comportamento para além do desenvolvido no grupo NIEFAM, como podemos observar:

*“Me sinto bem [...], ainda não alcancei todos meus objetivos, não consegui perder o peso [...], mas isso depende de mim. Gosto de atividade na água. Gosto de tudo, alongamento, caminhada”.* (CJ-PTF)

CJ-PTF amplia seu discurso salientando as atividades que lhe apeteçam, assim, intrinsecamente, atividade aquática, alongamento e caminhada seriam aquelas que contribuiriam para sua perda de peso. Entendemos essa fala ainda como um pedido de responsabilidade conjunta, ou seja, compartilhada com o Núcleo.

Para o ACSM (2003), o exercício aquático pode ser uma modalidade vantajosa para aqueles idosos que possuem uma capacidade reduzida para atividades que exigem uma boa sustentação do peso do seu corpo. E como afirmam Alves; Mota; Costa & Alves (2004), as atividades aquáticas contribuem para a melhoria da aptidão física relacionada à saúde do idoso, sendo então uma ótima opção para essa população, sobretudo para aqueles com Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 30. Exemplo disto é o estudo realizado por Mazo *et al.* (2006) com idosos participantes de um programa de hidroginástica, em que a maioria dos participantes apresentou autoestima e autoimagem elevadas, demonstrando os benefícios psicológicos desta modalidade aeróbia.

Outros fatores contributivos da atividade física aos sujeitos deste estudo referem-se aos benefícios no sistema cardiovascular, endócrino e músculo-esquelético, como na melhoria da pressão arterial, glicemia, flexibilidade e doenças osteoarticulares, como se observa nas falas:

*“Me sinto bem com a PA ótima, alegre. Gosto de todas as atividades, minhas expectativas foram alcançadas”. (EN-PTF)*

*“Me sinto muito bem, alegre e mais saudável. Gosto de todas as atividades”. (EO-PTF)*

*“[...] não conseguia sentar no chão, mas agora consigo, me sinto bem melhor. Graças a Deus”. (MS-PTF)*

As percepções de sentir-se bem e de melhora do estado de saúde refletem os benefícios da atividade física na fisiologia dos sistemas do corpo, assim, melhora o transporte e a captação de insulina, diminuição do peso corporal, redução da pressão arterial e da frequência cardíaca em repouso, melhoria da circulação sanguínea, aprimoramento do sistema cardiorrespiratório, aumento na força muscular e na amplitude da flexibilidade (Mcardle, Katch & Katch, 1992; Ciolac, 2004); refletindo diretamente no controle das doenças crônico-degenerativas, na melhora da autoestima e da qualidade de vida das pessoas.

Corroborando com o encontrado, Mazo, Liposcki, Ananda & Prevê (2007) salientam os benefícios da atividade e do exercício físico, também para a maior segurança e prevenção de quedas entre as pessoas idosas.

No direcionamento dos benefícios da atividade e do exercício físico, sua estratégia prática, além das enunciadas em parágrafos precedentes, de hidroginástica, dança, relaxamento, atividades lúdicas recreativas; o alongamento e a caminhada foram as modalidades mais referidas nas falas dos participantes deste estudo. Trata-se de duas modalidades que têm ação direta na flexibilidade e na função cardiocirculatória, as quais apresentaram ação direta na percepção de bem-estar dos participantes no PTF.

Segundo o ACSM (2003), uma modalidade ótima para a saúde é aquela que pode ser influenciada por variáveis fisiológicas e psicológicas, capazes de aumentar a capacidade de realizar as atividades da vida diária, melhorar o equilíbrio nos problemas ortopédicos e nas limitações referentes à locomoção. Daí, porque acreditamos terem sido essas modalidades consideradas ótimas para as pessoas idosas e seus familiares neste estudo, como se observa nas falas:

*“Me sinto feliz, minhas expectativas são alcançadas. Gosto de todas as atividades, principalmente os alongamentos”. (MS-PTF)*

*“Acho muito bom o treinamento, gosto muito. Gosto de andar, dos alongamentos, fico mais disposta”. (ASS-PTF)*

*“Me sinto saudável, gosto mais de caminhada e alongamento. Gosto de todas”. (ZR-PTF)*

Uma situação a ser considerada e que chamou a atenção no Programa de Treinamento Físico diz respeito a torna-se essa uma atividade ininterrupta, ou seja, que possa seguir um cronograma de doze meses ao ano e três vezes por semana. No entanto, a preocupação que se assenta sobre esse tema está no fluxo acadêmico das instituições de ensino superior, nos editais para recursos financeiros, a exemplo, Secretaria de Educação do Ensino Superior (SESU), Programa de Extensão Universitária (PROEXT), Sistema de Informação e Gestão de Projeto (SIGProj), bolsas de pesquisa e extensão, na liberação dos recursos e no compromisso do gestor municipal (intersectorialidade e continuidade). Sobre isto, destacam-se as falas dos sujeitos do estudo:

*“[...] me sinto triste, porque vou sentir falta das atividades e do carinho de vocês”. (IS-PTF)*

*“Me sinto muito triste, pena que está acabando o ano, pois está me fazendo bem [...]”. (MA-PTF)*

Vale salientar que apesar de o NIEFAM ser um projeto de ação continuada, este segue o calendário letivo da Universidade, havendo redução das atividades no período de férias coletivas, com diminuição do número de funcionários e de acadêmicos bolsistas de extensão e voluntários, para a implementação das ações do Núcleo. Além disso, os editais de extensão e pesquisa possuem um calendário próprio, o que reduz o número de meses do ano para a realização das ações extensivas.

Devido à importância da realização das atividades do PTF para os idosos e sua família junto ao NIEFAM, fez-se necessário repensar estratégias para a manutenção da prática de atividade física para o grupo participante, nos períodos de recesso, através da

*mobilização* para o autocuidado, visando a sua autonomia e continuidade das atividades nos citados períodos, uma vez que é potencializado o convívio social entre os participantes pelo Núcleo. A este respeito, a experiência de Rocha, Tribess & Virtuoso Júnior (2008) vem contribuir com este estudo, pois estes autores observaram em suas pesquisas que as atividades desenvolvidas nos grupos de convivência favorecem a socialização dos participantes, contribuindo para uma percepção mais otimista nesse domínio social da qualidade de vida.

A segunda subcategoria – *As limitações da saúde interferindo na atividade física - Desafios da pessoa com doenças crônico-degenerativas* – demonstrou que, apesar dos participantes idosos referirem sentir-se bem, alegres e satisfeitos com as ações do PTF, suas limitações físicas interferiram nas atividades, conforme expressaram:

*“Me sinto muito bem [...]. Gosto de todas as atividades. Só não gosto muito de andar. Porque doem as pernas”.* (AS-PTF)

*“Me sinto alegre, de bem com a vida [...], minhas expectativas foram alcançadas, estou muito satisfeita com o projeto. Gosto de todas as atividades, só não gosto muito de fazer caminhada, pois sinto dores fortes no joelho esquerdo”.* (DS-PTF)

Segundo Rabelo e Neri (2005), as doenças crônicas e as incapacidades consequentes destas podem afetar de forma significativa o bem-estar dos indivíduos, limitando-os em algumas atividades básicas da vida diária. Nas pessoas idosas deste estudo este foi um acontecimento identificado, nas atividades do PTF, fazendo-se necessário adaptá-las para que os participantes desenvolvessem suas potencialidades, a fim de aprender a viver com suas limitações físicas, no direcionamento de seu bem-estar.

Na terceira subcategoria – *A atividade física no bem-estar interior e no envelhecimento saudável* – apontou a importância da atividade física na promoção da saúde dos idosos cadastrados no Núcleo, como enunciaram:

*“[...] tenho mais ânimo, mais alegria, me alimento melhor [...]”.* (RS-PTF)

*“Me sinto ótima, com mais disposição, durmo bem”. (ML-PTF)*

*“Bem mais jovem, não sinto dores, a pressão está normal e glicemia também”. (EB-PTF)*

Tais sentimentos e percepções de boa saúde denotam elevação do ânimo e melhora da autoestima dos participantes. Estes resultados corroboram os estudos realizados por Rigo & Teixeira (2005) e Matsudo (2001), os quais apontaram que a participação regular em atividades físicas e sociais promove benefícios relativos à diminuição de dores, maior disposição para as atividades diárias, maior percepção da autoeficácia, promovendo, prevenindo e controlando o estresse, aumentando a resistência às doenças e proporcionando à pessoa idosa a percepção positiva de bem-estar físico e psicológico.

Assim, para retratar o bem-estar físico e psicológico referido pelos idosos, encontra-se representado graficamente na Figura 2 o comportamento geral do estilo de vida do grupo que participou com seu familiar do PTF.

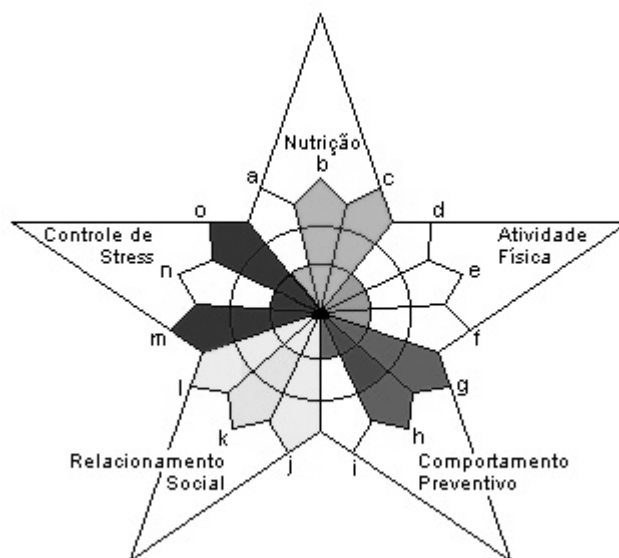


Figura 2. Pentáculo do Bem-Estar, resultado da média geral dos idosos participantes do estudo (Nahas; Barros & Francalacci, 2000).

Pode-se verificar no fator nutrição que a média geral foi 2,07 pontos, alcançando então um escore positivo, pois, apesar de a afirmativa “a”, referente à quantidade de porções de frutas e verduras consumidas ao dia, apresentar menor escore (1,43 – Regular), nas afirmativas “b” e “c”, que tratam da ingestão de alimentos gordurosos e



refeições variadas ao dia, o grupo alcançou pontos positivos com escores 2,34 e 2,35, respectivamente.

No que se refere ao fator atividade física, verificou-se que o grupo apresentou maior escore na afirmativa “e” (1,90), que diz respeito à prática de exercícios físicos que envolvem força; menor escore na afirmativa “f” (1,28), que trata da caminhada ou andar de bicicleta como meio de transporte; e, a afirmativa “d”, referente à atividade física moderada ou intensa, cinco dias na semana durante trinta minutos, apresentou (1,65), revelando que o grupo não alcançou um escore positivo, uma vez que 1,61 é a média geral do fator considerada regular.

Verificou-se no fator comportamento preventivo que nas afirmativas “g” e “h” o grupo apresentou escores positivos. A primeira (2,84) refere-se a conhecer e controlar a pressão arterial e o colesterol; e a segunda afirmativa (2,59) diz respeito ao não uso do fumo e do álcool. No entanto, na afirmativa “i”, referente ao uso do cinto de segurança e o respeito às normas de trânsito, o grupo apresentou escore regular (1,96); porém, apesar deste escore, a média geral das três afirmativas atingiu escore positivo (2,46).

Sobre o fator relacionamento social, constatou-se escores positivos (maiores que 2,00) para todas as afirmativas e para a média geral (2,65). Na primeira afirmativa “j”, referente ao cultivo e satisfação das amizades (2,87); na segunda afirmativa “k”, referente ao lazer em grupo e participação em associações (2,65); e na terceira e última afirmativa, referente a ser ativo na comunidade e sentir-se útil na comunidade (2,43).

No último fator, controle de estresse, a alternativa “m”, referente ao tempo para relaxar cinco minutos ao dia, apresentou escore positivo (2,65), já a alternativa “n”, referente a manter a calma durante a discussão, apresentou escore regular (1,90), e, por fim, a última alternativa “o”, referente ao equilíbrio do tempo entre o trabalho e o lazer, obteve escore positivo (2,43). Deste modo a média geral desse fator (controle de estresse) foi 2,32, apresentando assim resultado positivo segundo o Pentáculo de Bem-Estar. (Nahas; Barros & Francalacci, 2000).

Como vimos, os grupo de idosos apresentou escores positivos nos fatores “Nutrição”, “Comportamento preventivo”, “Relacionamento social” e “Controle de estresse”, enquanto que para o fator “Atividade física” apresentou escore regular. Este fato justifica-se porque os sujeitos da pesquisa só estão realizando atividade física nos dias do PTF, porém, apesar de estar dentro do padrão mínimo de atividade física semanal recomendado pelo ACMS (2003), os idosos demonstraram que ainda não

adquiram autonomia para realizar as atividades nos dias em que não estão no projeto NIEFAM.

Conforme salientado pela OMS (2003), o baixo consumo de frutas e verduras está associado ao desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas. Assim, no que se refere ao fator nutrição, observa-se ainda que é necessário uma reeducação alimentar por parte dos idosos, pois, apesar do escore ser positivo, na afirmativa “a”, referente ao consumo variado de frutas e verduras, ainda possuem um escore regular, dado que encontra respaldo em Philippi *et al.* (1999).

Por fim, vale ressaltar o fator relacionamento social como aquele que apresentou escores positivos em todas as afirmativas. Destaque se faz ao relacionamento familiar e ao convívio social no grupo junto ao Programa. No entanto, vale salientar que são incipientes estudos na área de atividade física e saúde que trazem resultados, a exemplo desta pesquisa, demonstrando, assim, sua relevância na área em questão.

### **Considerações Reflexivas**

Ao término do estudo, pode-se concluir que houve uma elevação significativa da autoestima de idosos com doença crônico-degenerativa após o Programa de Treinamento Físico aeróbio juntamente com um familiar cuidador. Cremos que o acompanhamento da família, junto ao Programa, foi significativo para a elevação da autoestima e conseqüentemente melhora no estilo de vida dos idosos, mostrando-se também promotora da saúde de seus entes familiares.

Na grande dimensão que surgiu da técnica de análise de dados em categorias, foi possível depreender, a partir do questionário de autoestima juntamente com o Pentágono do Bem-Estar (Nahas; Barros & Francalacci, 2000), que a prática da atividade física promoveu percepções, atos e sentimentos positivos nos participantes do estudo em relação a si mesmo e ao grupo. De uma forma geral, houve uma unanimidade do grupo quanto aos benefícios da atividade física em sua saúde, no seu autocuidado, na sua relação social e nas expectativas quanto a manter-se em bom estado de saúde.

Observamos a importância de continuidade de estudos desta natureza, bem como que outros estudos possam vir somar-se a este, contribuindo para diminuir a lacuna

existente, identificada no estado da arte, a exemplo: número de sujeitos e observação de outras variáveis.

Na tentativa de encerrar este estudo, é nosso desejo que novos olhares inquietantes possam surgir, no direcionamento da atividade física no contexto familiar, na autoestima e estilo de vida de pessoas idosas portadoras de doenças crônico-degenerativas. De modo que essa parcela da população possa envelhecer melhor e com maior qualidade de saúde e vida.

Ademais, é preciso considerar o envelhecimento populacional, pois o Brasil já possui hoje 21 milhões de idosos, representando 10% da população total (IBGE, 2009) e a crescer ainda mais. Assim, é preciso considerar a demanda de cuidados que se mostra para essa população, especialmente pelos dados vinculados pela Vigitel (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, 2006-2009), quanto ao aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas, a exemplo hipertensão (de 21,5% para 24,4%) e diabetes mellitus (de 5,2% para 5,8%), na população brasileira (Brasil, 2010), ou seja, é preciso maior investimento e estratégias no âmbito das políticas públicas de saúde, social e educação para o alcance de uma velhice mais saudável e feliz.

## Referências

- Brasil. (2010). *Saúde Brasil 2009 - Uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010). *Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília.
- Alves, R.V; Mota, J.; Costa, M.C. & Alves, J.G.B. (2004). Aptidão física relacionada à saúde de idosos: influência da hidroginástica. *Rev Bras Med Esporte*, 10(1): 31-7.
- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Caldas, C.P. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad. Saúde Pública*, 19(3): 733-81.
- Cervený, M.O. & Berthoud, C.M.E. (2002). *Visitando a família ao longo do ciclo vital*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Chaim, J.; Izzo, H. & Sera, C.T.N. (2009). Cuidar em saúde: satisfação com imagem corporal e autoestima de idosos. *O Mundo da Saúde*, 33(2): 175-81. São Paulo.

Ciolac, E.G. & Guimaraes, G.V. (2004). Exercício físico e síndrome metabólica. *Rev Bras Med Esporte*, 10(4): 319-24.

Dini, G.M.; Quaresma, M. & Ferreira, L.M. (2004). Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg/ Translation into portuguese, cultural adaptation and validation of the Rosenberg self-esteem scale; *Rev. Soc. Bras. Cir. Plást.*, 19(1): 41-52. São Paulo.

*Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição / American College of Sports Medicine* (2003). (Taranto, G., Trad.). Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan.

Lei n.º 8.842. (1994). *Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.*

Elsen, I.; Marcon, S.S.; Silva, M.R.S. (2002, Org.). *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.* Maringá: Eduem.

Escostequy, C.C. (2003). Estudos de Intervenção. In: Medronho, R.A.; Carvalho, D.M.; Bloch, K.V.; Luiz, R.R. & Werneck G.L. (2ª ed.). *Epidemiologia*, 13: 251-63. São Paulo: Atheneu.

Farinatti, P.T.V. (2002). Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. *Rev Bras Med Esporte*, 8(4), 129-38. Niterói.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2008a). *Síntese de Indicadores Sociais – Uma análise das condições de vida da população brasileira número 23.* Rio de Janeiro.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2008b). *Projeção da População do Brasil.* Recuperado em 10 abril, 2011, de <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_imprensa.php?id\\_noticia=1272](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_imprensa.php?id_noticia=1272)>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística– IBGE. (2009). *Censo Demográfico.* Recuperado em 03 fevereiro, 2011, de <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicadores2009/indic\\_sociais2009.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicadores2009/indic_sociais2009.pdf)>.

Joia, L.C. *et al.* (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41(1): 131-8.

Matsudo, S.M.M. (2001). *Envelhecimento & atividade física.* Londrina: Midiograf.

Mazo, G.Z.; Cardoso, F.L. & Aguiar, D.L. (2006). Programa de hidroginástica para idoso: Motivação, auto-estima, auto-imagem. *Rev. Bras. Cine. Des. Hum.*, 8(2): 67-72.

Mazo, G.Z.; Gioda, F.R.; Schwerther, D.S.; Galli, V.L.B.; Guimarães, A.C.A. & Simas, J.P.N. (2005). Tendências a estado depressivos em idosos praticantes de atividade física. *Rev. Bras. Cine. Des. Hum.*, 7(1): 45-9.

Mazo, G.Z.; Liposcki, D.B.; Ananda, C. & Prevê, D. (2007). Condições de Saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. *Rev. Bras. Fisioter.*, 11(6): 437-42. São Carlos.

Mcardle, W.D.; Katch, F.L. & Katch, V.L. (1992). *Fisiologia do exercício: energia, nutrição e desempenho humano*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Miles, M.B. & Huberman, M. (1984). Drawing valid meaning from qualitative data: toward a shared craft. *Educational researcher*: 20-30.

Mioto, R.C.T. (1998). Família e saúde mental: contribuições para a reflexão sobre processos familiares. *Revista Katálisis*, 2. Florianópolis: Ed. da UFSC.

Monticelli, M. (2003). *Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias, no contexto do nascimento hospitalar: uma etnografia de alojamento conjunto*. [Tese de Doutorado da Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC], Brasil.

Mosquera, J.J.M. & Stobaus, C.D. (2006). Auto-imagem, auto-estima e auto-realização: qualidade de vida na universidade. *Psic Saúde & Doença*, 7(1): 83-8.

Nahas, M.V. (1996). O Pentáculo do Bem Estar. *Boletim do Núcleo de Pesquisa em Atividade Física e Saúde CDS/UFSC*, 2(7): 1.

Nahas, M.V.; Barros, M.G. & Fracalacci, V. (2000). O Pentáculo do Bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 5(2): 48-59.

Perlini, N.M.O.G.; Leite, M.T. & Furini, A.C. (2007). Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Rev Esc Enferm USP*, 41(2): 229-36.

Philippi, S.T.; Latterza, A.R.; Cruz, A.T.R. & Ribeiro, L.C. (1999). Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. *Rev. Nutr.*, 12(1): 65-80.

Rabelo, D.F. & Neri, A.L. (2005). *Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice*. *Psicologia em Estudo*, 10(3): 403-12. Maringá.

Rigo, M.L.N.R. & Teixeira, D.C. (2005). Efeitos da atividade física na percepção de bem-estar de idosas que residem sozinhas e acompanhadas. *UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde*, 7(1): 13-20. Londrina.

Rocha, S.V.; Tribess, S.; & Virtuoso Júnior, J.S. (2008). Atividade física habitual e qualidade de vida de mulheres idosas com baixa condição econômica. *R. da Educação Física/Uem*, 19(1): 101-08. Maringá.

Senado Federal. (2010). *Constituição Da República Federativa Do Brasil*: Texto Promulgado em 05 de Outubro de 1988. Secretaria Especial de Editoração e Publicações. Subsecretaria de Edições Técnicas. Brasília.

Silva, L.W.S.; Gonçalves, L.H.T. & Costa, M.A.S.M.C. (2010). Implicações do diabetes mellitus tipo 2 na dinâmica familiar: o contexto das inter-relações com o subsistema idoso. In: Silva, A.L; Gonçalves, L.H.T. *Cuidado à pessoa idosa: estudos no contexto luso-brasileiro*. Porto Alegre: Sulina.

Silva, L.W.S. & Santos, K.M.O. (2010). Analfabetismo e declínio cognitivo: um impasse para o uso adequado de medicamentos sem idosos no contexto familiar. *Revista Kairós Gerontologia*, 13(1): 245-57. São Paulo.

Silva, L.W.S; Silva, D.; Gonçalves, L.; Costa, M.; Martins, M. & Figueiredo, M. (2008). Família uma unidade de cuidado para seus membros: inquietações reflexivas. *Servir*; 56(5-6): 159-66.

Spiriduso, W. W. (2005). *Dimensões Físicas do envelhecimento*. São Paulo: Manole.

Tribess, S; Virtuoso JR, J. S. (2005). Prescrição de Exercícios Físicos para Idosos. *Rev. Saúde.Com.*, 1(2), 163-172.

World Health Organization. (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic disease. In: World Health Organization. *Technical report series*. Geneva: OMS. p. 149.

Recebido em 26/04/2011

Aceito em 26/05/2011

---

**Luzia Wilma Santana da Silva** - DSc. Profa Adjunta do Depart. de Saúde e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde/UESB. Líder do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar de Estudos em Ciências da Saúde e Sociedade. Linha: Família em seu Ciclo Vital. Coordenadora do NIEFAM.

E-mail: luziawilma@yahoo.com.br

**Rafaela Gomes dos Santos** - Graduanda do VIII Semestre do Curso de Educação Física/UESB. Bolsista FAPESB, NIEFAM/UESB. Linha: Família em seu Ciclo Vital.

E-mail: rafaelagomes\_rgds@hotmail.com

**Camila Fabiana Rossi Squarcini** - MSc. Profa Assistente do Curso de Educação Física DS/UESB. Membro do Projeto NIEFAM-UESB. Linha: Família em seu Ciclo Vital.

E-mail: csquarcini@gmail.com

**Adriano Lopes de Souza** - Graduando do VIII Semestre do Curso de Educação Física/UESB. Voluntário do NIEFAM/UESB. Linha: Família em seu Ciclo Vital.

E-mail: drikofenomeno@hotmail.com

**Marlúcio Pereira de Azevedo** - Graduando do VIII Semestre do Curso de Educação Física/UESB. Bolsista de Extensão/UESB do NIEFAM. Linha: Família em seu Ciclo Vital.

E-mail: marlucio\_pa@hotmail.com

**Frank Nei Monteiro Barbosa** - Especialista. Professor Auxiliar do Curso de Educação Física/UESB. Membro do Projeto NIEFAM-UESB. Linha: Família em seu Ciclo Vital.

E-mail: francknei@yahoo.com.br