

**Artigo**

**Psicomotricidade como estratégia da fisioterapia na atenção à saúde do idoso: um estudo comparativo sobre aptidão motora**

**Psychomotor as physicaltherapy's strategy in health's care attention from the elderly: a comparative study about motor ability**

Humberto Medeiros Wanderley Filho<sup>1</sup>  
Mayara Leal Almeida Costa<sup>2</sup>  
Vanessa Diniz Oliveira<sup>3</sup>

**RESUMO**

**Introdução:** O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos grandes desafios para a política de saúde. O aumento da expectativa média de vida também aumentou acentuadamente no Brasil, precisando ser acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida uma vez que os mesmos passam a apresentar déficit na coordenação, equilíbrio e força. A fisioterapia, com o objetivo de proporcionar um melhor estilo de vida para o idoso, assume um papel imprescindível na promoção da saúde e prevenção de agravos que acometem o idoso durante o envelhecimento. A psicomotricidade, como uma proposta da fisioterapia, é considerada uma ciência que estuda o homem através do movimento, buscando assim a integração entre o corpo e mente, envolvendo a emoção. **Objetivo:** Comparar o nível de Aptidão Motora de um grupo de Idosos Ativos (participantes de exercícios psicomotores) com Idosos Inativos, residentes do município de Patos – PB. **Métodos:** Trata-se de uma

---

<sup>1</sup> Acadêmico do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos- FIP, Patos, Paraíba –Brasil. E-mail: humbertofilho\_@hotmail.com

<sup>2</sup> Professora titular do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos-FIP, Patos, Paraíba –Brasil;

<sup>3</sup> Fisioterapeuta, Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos - FIP, Patos, Paraíba – Brasil.



**Artigo**

pesquisa do tipo aplicada, descritiva, com delineamento quase experimental apenas com o pós-teste. A amostragem foi do tipo não probabilística intencional, composta por 40 idosos, sendo 20 Idosos Ativos e 20 Idosos Inativos, com características biodemográficas semelhantes. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário biodemográfico e a Escala Motora para a Terceira Idade – EMTI e para análise estatística o software SPSS (versão 18.0) para Windows. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos. **Resultados:** Os resultados encontrados identificaram uma média de 72,15 anos (DP=6,81), sendo 82,5% dos resultados do sexo feminino e 17,5% do sexo masculino. A maioria encontra-se casado (40,0%) e com Ensino Fundamental Incompleto (52,5%). Na EMTI observou-se que nos Idosos Inativos a Aptidão Motora foi classificada como Muito Inferior com 55,35 pontos (DP=12,60), já os Idosos Ativos obtiveram classificação Normal Médio com 91,65 pontos (DP=21,61), apresentando assim nível de significância ( $p=0,001$ ,  $\alpha=99\%$ ). Pode-se ainda observar que, em todos os elementos psicomotores, os Idosos Ativos obtiveram maior pontuação quando comparados com os Inativos, sendo eles motricidade fina, motricidade global, equilíbrio, esquema corporal e organização temporal com nível de significância ( $p=0,001$ ,  $\alpha=99,9\%$ ) e apenas a organização espacial que não apresentou nível de significância. **Conclusão:** Conclui-se que a prática de atividade física, envolvendo exercícios psicomotores, não só previne como fortalece a aptidão motora e promove a qualidade de vida dos idosos, uma vez que busca a integração das funções motoras, desenvolvimento intelectual e cognitivo.

**Palavras-chave:** Idoso; Fisioterapia; Psicomotricidade; Aptidão Motora.

**ABSTRACT**

**Introduction:** Aging is a process common to all living beings and can be understood as the group of changes that a person suffers progressively. The quality of a person's life can be understood as the awareness that it has about status and standard of living as well as their social relations and cultural values, their goals and life perspectives. The health promotion groups (HPG) have shown remarkable results on the health and disease process and changes in lifestyle that offer health risk, providing the effect changes in behavior and adoption of healthy lifestyle. **Objective:** evaluate the quality of life of elderly participants and non-participants of groups promoting health in the southern town of Patos – PB. **Methodology:** participated 40 elderly, divided into two groups: G1 - formed



**Artigo**

by 20 elderly participants of GPS; and G2 - made up of 20 elderly people who do not participate in any health promotion group, randomly selected. The instruments used for data collection were the biodemographic form that characterized the sample, and to assess the quality of life were used the international WHOQOL-BREF. For statistical analysis and preparation of the two forms database, were used the software Statistical Package for Social Sciences (SPSS - version 18.0) for Windows and WHOQOL-BREF syntax.

**Results:** The results show that there is an increased participation of women (80%) than men (20%) in HPG. Most of elderly has completed elementary school (n = 15), but the number of older people without studies (n = 11) was also high. In G1, the groups working with health promotion in the form of educational talks, aerobic activity and stretching exercises, dance, walking and light jogging. Elderly people in this group had higher scores for all domains of WHOQOL-BREF form, with their values being presented in a modified scale of 0 to 100: physical domain - G1: 87.5 / G2: 51.07; psychological domain - G1: 86.25 / G2: 62.29; domain of social relations - G1: 87.92 / G2: 59.58; domain of environment: G1: 79.38 / G2: 54.53. In addition, an overall average quality of life could be evaluated, resulting in a higher score for the G1 (84.18) compared to G2 (55.53).

**Conclusion:** The incentive to change habits and adopting healthy lifestyle as well as the inclusion of the elderly to exercise, provide to this population an improvement in their physical capacity, making it more independent and caregiver's own health. With better health and the interaction that HPG provides, in addition to other benefits to their social relations, moving away the elderly from isolation and depression, negative feelings are further away and the psychological well-being will be part of their day-to-day. According to the study results, the conclusion is that the quality of life of HPG participants is greater than the elderly who not participate in these groups.

**Keywords:** Elderly; Quality of life; Groups; Health promotion.



**Artigo**

**INTRODUÇÃO**

O envelhecimento da população mundial é um dos grandes desafios a serem enfrentados no século XXI. A tendência mundial à diminuição da mortalidade e da fecundidade, bem como o prolongamento da expectativa de vida das pessoas têm levado ao envelhecimento da população (PASCHOAL; SALLES; FRANCO, 2006).

O envelhecimento populacional é distinto do envelhecimento das pessoas que compõem a população. O indivíduo envelhece à medida que a sua idade aumenta; a população envelhece a medida que a idade média da população que a compõe aumenta, sendo o parâmetro etário de 60 anos, para países em desenvolvimento, e de 65 anos, para os desenvolvidos, em relação à população total (MOREIRA, 1993; CARVALHO; GARCIA, 2003).

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), os idosos representavam, em 2005, 10,4% da população mundial, e projeções revelam que, até 2050, esse valor será superior a 20% (NOGUEIRA, 2007).

Embora, o envelhecimento não seja sinônimo de doença, sabe-se que a população idosa, sofre uma cristalização dos seus comportamentos tônicos e aumentam as incidências de deficiências, principalmente as que estão relacionadas com os movimentos, como força muscular, flexibilidade, coordenação motora e equilíbrio (MARGALHO, 2005; REBELATTO, MORELLI, 2007).

A fisioterapia é uma das profissões da área de saúde imprescindível para uma atenção ampla e integral ao idoso no sistema de saúde. A atenção profissional ao idoso



**Artigo**

por parte do fisioterapeuta pode ser realizada no âmbito da atenção primária, secundária ou terciária à saúde. Sendo assim, cada nível possui um conjunto de características e essas, por sua vez, também agregam diversos procedimentos particulares para promover um bem-estar geral à saúde do idoso (DELIBERATO, 2002).

A psicomotricidade é sugerida como meio propiciador de qualidade de vida, através de atividades psicomotoras adaptadas à faixa etária, visto que, é a ciência que tem por objeto o estudo do homem através do seu corpo em movimento nas suas relações com o mundo interno e externo, integrando as funções motrizes e mentais, sob o efeito do desenvolvimento do sistema nervoso (REZENDE et al.,2003).

De acordo com Bueno (1998) “o desenvolvimento psicomotor caracteriza-se pela maturação que integra o movimento, o ritmo, a construção espacial, o reconhecimento de objetos, das posições, a imagem do nosso corpo e a palavra”. Desta forma, é de suma importância à relação entre fisioterapia e a psicomotricidade na atenção à saúde do idoso, uma vez que a partir dessa intervenção, o profissional buscará despertar na pessoa idosa toda capacidade e potencial que se apresentam latentes ou que necessitam serem aperfeiçoados, priorizando a autonomia, independência e qualidade de vida para esta faixa etária.

A Escala Motora para a Terceira Idade “EMTI” (ROSA NETO, 2002) é uma escala, desenvolvida por Francisco Rosa Neto na Universidade de Zaragoza no qual provém de testes motores aplicados individualmente para avaliar o desenvolvimento motor de idosos e envolve os seguintes aspectos: motricidade fina, motricidade global, equilíbrio, esquema corporal, organização espacial e organização temporal.



**Artigo**

Com base no exposto, delineou-se nesta pesquisa o seguinte problema: Os exercícios psicomotores, como estratégia da fisioterapia, podem influenciar a aptidão motora de um grupo de idosos? Tendo como o objetivo principal: Comparar o nível de aptidão motora de um grupo de idosos ativos participantes de exercícios psicomotores com idosos inativos, residentes no município de Patos- PB. E como objetivos específicos caracterizar os aspectos biodemográficos dos idosos participantes; traçar o perfil da aptidão motora dos idosos ativos e inativos; investigar quais os elementos psicomotores mais acometidos nos idosos e elucidar os efeitos de um programa de exercícios psicomotores na manutenção dos níveis motores dos idosos.

**MÉTODO**

Este estudo trata-se de uma pesquisa aplicada, descritiva, exploratória, do tipo quase experimental e com abordagem quantitativa. A pesquisa foi desenvolvida nas instalações de uma Instituição de Ensino Superior (IES) em uma Clínica Escola de Fisioterapia na cidade de Patos, Paraíba.

A população-alvo para o desenvolvimento da pesquisa foi composta por idosos ativos (Grupo Experimental - GE) participantes de um projeto de extensão de uma IES que é composto por 20 participantes com idade igual ou superior a 60 anos e o Grupo Controle (GC) foi constituído por 20 idosos inativos do município de Patos-PB.



**Artigo**

O grupo do qual foram selecionados os idosos ativos tem o objetivo de melhorar o desempenho funcional dos mesmos, promovendo assim a saúde da comunidade e proporcionando uma melhor qualidade de vida para os idosos participantes, através do ensino de exercícios psicomotores, adaptados à faixa etária.

O projeto acontece 02 vezes por semana com duração de 60 minutos de atividade física. São desenvolvidas atividades teóricas e práticas, algumas delas são específicas de fisioterapia. As atividades teóricas compreendem: discussão de textos escolhidos pelo grupo e palestras, já as atividades práticas são distribuídas da seguinte maneira: oficinas em grupo envolvendo exercícios de alongamento; cinético-funcionais, relaxamento e dinâmicas. Desta forma, buscam favorecer a melhoria da autoestima, flexibilidade, coordenação, equilíbrio, força, destreza motora, resistência levando os idosos a terem mais confiança nas suas potencialidades.

Como critérios de inclusão dos participantes na pesquisa foi necessário como pré-requisito, terem idade igual ou superior a 60 anos, ambos os gêneros, apresentarem independência para as atividades de vida diária. Os idosos ativos deveriam ser integrantes de um Projeto de Extensão de uma IES e que participassem do grupo há mais de um ano e ter assiduidade de 75% ou mais nas atividades, já os idosos inativos deveriam possuir características biodemográficas semelhantes aos idosos ativos e que não realizassem nenhuma expressão de atividade física, incluindo caminhadas.

Como critérios de exclusão, ficaram os idosos que apresentaram alterações cognitivas e sensoriais (déficit ou perda auditiva e visual), prótese articular em membros inferiores, portadores de labirintite, traumas ósseos recentes, doenças graves do sistema



**Artigo**

nervoso, hipotensão postural ou que estivessem sentindo dor aguda no momento da realização da pesquisa e ainda aqueles que se recusarem a participar da pesquisa.

Para a coleta de dados foi aplicado um questionário biodemográfico, contendo 8 questões, que teve como finalidade caracterizar a amostra quanto ao gênero, faixa etária, estado civil, escolaridade, condições de moradia (se mora sozinho ou com familiares), condições de saúde (histórico de quedas, fraturas, problemas de visão, qualidade de vida). Para avaliar os parâmetros psicomotores dos 40 participantes da pesquisa foi utilizado a Escala Motora para a Terceira Idade – EMTI, sendo esta uma escala brasileira e validade criada por Francisco Rosa Neto (2002), com fins de calcular a idade motora dos idosos de acordo com sua performance durante os testes.

A EMTI foi criada a fim de propiciar um registro mais preciso das condutas motoras do idoso e consiste de testes motores clássicos reunidos em uma única bateria que avalia os seis elementos da psicomotricidade. A aplicação dos testes segue a seguinte ordem: motricidade fina, motricidade global, equilíbrio, esquema corporal, organização espacial e organização temporal; cada elemento apresenta 10 testes representados por níveis, iniciando a partir do nível 2 evoluindo de acordo com grau de complexidade das atividades até o nível 11. Ao final dos testes, será calculada a Idade Motora (IM) do indivíduo que é um procedimento aritmético para pontuar e avaliar os resultados dos testes. Também é dada a Idade Motora Geral (IMG) que é obtida através de uma soma dos resultados positivos, corresponde à idade máxima alcançada do exame, expressa em meses.



**Artigo**

Os dados foram coletados mediante liberação do Termo de Autorização Institucional e após a aprovação do projeto de pesquisa sob protocolo de nº 0506/2010 pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Inicialmente, os idosos ativos foram contatados, explicando-se claramente os objetivos da pesquisa e os pesquisadores explicaram aos participantes como ocorrerá a coleta de dados esclarecendo alguma dúvida que venha a surgir e em seguida os participantes assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido – TCLE, autorizando sua participação na pesquisa e iniciou-se a aplicação dos testes. A duração dos testes ia de acordo com o desempenho de cada idoso. Posteriormente, para os idosos inativos da comunidade, foram identificadas as semelhanças das características biodemográficas dos idosos ativos e explicaram-se os objetivos da pesquisa mostrando-se também o TCLE para a sua autorização. Após o consentimento dos sujeitos aplicou-se também à bateria de testes.

Como suporte para o tratamento estatístico e formação do banco de dados, foi utilizado o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) 18.0 para Windows. Também foi utilizada a análise estatística descritiva, mediante análises das distribuições de frequências simples e percentuais, média, desvio padrão, valor mínimo e máximo, para avaliar o padrão motor e também para a obtenção das tabelas da amostra analisada. O Teste t de Student, com nível de significância  $p \leq 0,05$  foi usado para avaliar se existia alguma diferença significativa entre as médias dos dois grupos (GE e GC), Após o tratamento estatístico dos dados, os mesmos foram dispostos em forma de tabelas e gráficos trabalhados pelos programas Microsoft® versão 2010 do Word e Excel, estando de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).



**Artigo**

A realização deste estudo considerou a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa será preservada.

**RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Nesta seção estão representados os resultados e discussões obtidos nesse estudo, divididos em duas partes, as características biodemográficas da amostra, bem como das variáveis da Escala Motora para Terceira Idade - EMTI, usada para avaliar a psicomotricidade na terceira idade, traçando o perfil da Aptidão Motora dos Idosos.

**Caracterização biodemográfica da amostra**

Participaram deste estudo 40 idosos sendo 20 ativos, participantes de um projeto de extensão de uma IES e 20 inativos, ambos residentes no município de Patos – PB. A seleção desses indivíduos foi realizada através de uma amostragem não-probabilística. Na Tabela 1 é possível observar uma melhor caracterização da amostra.



**Artigo**

**Tabela 1.** Caracterização Biodemográfica (N=40)

VARIÁVEIS	NÍVEIS	Frequência (F)			Porcentagem (%)		
		GC	GE	Total	GC	GE	Total
<b>Idosos</b>		20	20	40	50,0	50,0	100,0
<b>Sexo</b>	Masculino	04	03	07	20,0	15,0	17,5
	Feminino	16	17	33	80,0	85,0	82,5
<b>Faixa Etária</b>	60 – 69	06	08	14	30,0	40,0	35,0
	70 – 79	10	10	20	50,0	50,0	50,0
	80 – 89	03	02	05	15,0	10,0	12,5
	90 – 99	01	00	01	5,0	0,0	2,5
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	04	01	05	20,0	5,0	12,5
	Casado	05	11	16	25,0	55,0	40,0
	Viúvo	09	05	14	45,0	25,0	35,0
	Divorciado	02	03	05	10,0	15,0	12,5
<b>Escolaridade</b>	Não tem estudos	07	02	09	35,0	10,0	22,5
	Ens. Fund. Comp.	01	00	01	05	00	2,5
	Ens. Fund. Inc.	08	15	23	40,0	75,0	57,5
	Ens. Med. Comp.	00	01	01	00	05	2,5
	Ens. Med. Inc.	01	00	01	05	05	2,5
	Ens. Sup.	03	02	05	15,0	10,0	12,5

GC – Grupo controle; GE - Grupo Experimental

Fonte: Dados da pesquisa, 2011.



**Artigo**

Os idosos participantes dessa amostra total apresentaram idade média de 72,15 anos (DP=6,81), porém a faixa etária predominante foi de 70 a 79 anos com 20 idosos (50,0%). Como já mencionado anteriormente a distribuição da amostra foi estratificada pelo nível de atividade psicomotora, contando com 50,0% de idosos ativos e 50,0% de idosos inativos, sendo 33 (82,5%) do sexo feminino e 07 (17,5%) do sexo masculino. Quanto ao estado civil 16 idosos (40,0%) encontram-se casados, seguido de 14 idosos (35,0%) viúvos. Quanto ao nível de escolaridade 23 idosos (57,5%) apresentaram Ensino Fundamental Incompleto (TABELA 1).

Estudos comprovam a prevalência do gênero feminino em grupos de convivência ou grupos da terceira idade verificando que a participação masculina raramente ultrapassa 20% (GONÇALVES; DIAS; LIZ, 1999).

Conforme o estudo de Santos, et al. (2002), a predominância do gênero feminino foi de 79.7% enquanto o gênero masculino foi de 20.3%. Observa-se que as mulheres predominam em grupos de convivência e de prática de atividades físicas, fazendo-se necessário uma maior intervenção e incentivo das políticas públicas, dos profissionais de saúde e da família para inserir os homens nestes programas.

Quanto aos idosos inativos (GC), esses apresentaram uma idade média de 73,65 anos (DP=7,58), sendo que 10 idosos (50,0%) encontram-se entre 70 a 79 anos, com 16 idosos (80,0%) do sexo feminino e 04 idosos (20,0%) do sexo masculino. No que se refere ao estado civil, 09 idosos (45,0%) encontram-se viúvos e 05 idosos (25,0%) estão casados. Já em relação ao estudo 07 idosos (35,0%) da amostra não tem estudos, seguido de 08 idosos (40%) apresentaram Ensino Fundamental Incompleto (TABELA 1).



**Artigo**

O grupo dos idosos ativos (GE) apresentou idade média de 70,65 anos (DP=5,74), sendo 10 idosos (50,0%) entre 70 a 79 anos, contando com 17 idosos (85,0%) do sexo feminino e 03 idosos (15,0%) do sexo masculino. Em relação ao estado civil 11 idosos (55,0%) encontram-se casados e 05 (25,0%) viúvos. Quanto à escolaridade 15 idosos (75,0%) da amostra apresentaram Ensino Fundamental Incompleto (TABELA 1).

Essa pesquisa corrobora ainda com o estudo de Medeiros (2003) que encontrou em seu estudo na caracterização biodemográfica uma predominância do sexo feminino e estado civil com predominância de casado seguido de viúvo. Em contradição Santos et al. (2002), em seu estudo apresentou predominância dos viúvos com (41.4%), seguido pelos casados com (39.8%).

Berquó (1996) justifica a presença predominante Ensino Fundamental Incompleto, relatando que esse fator está intimamente relacionado à baixa oportunidade de acesso à educação que ocorria de forma desigual dependendo de fatores como classe social e gênero, muitas vezes restrita para a população de baixa renda e favorável apenas para a elite social.

Em contradição com o presente estudo, outros autores como King et al. (1992) e Dishman e Sallis (1994) afirmam existir uma correlação positiva entre o grau de escolaridade e a adesão à Atividade Física (AF). Para os autores, indivíduos participantes de programas de AF preventiva apresentam um nível mais alto de educação formal do que aqueles que não participam.

Em relação à moradia, presença de quedas e de fraturas da amostra a tabela 2 demonstra os resultados.



**Artigo**

**Tabela 2.** Distribuição da amostra quanto a moradia, quedas e fraturas. (N=40)

VARIÁVEIS	NÍVEIS	Frequência (F)			Porcentagem (%)		
		GC	GE	Total	GC	GE	Total
<b>Mora Sozinho?</b>	Sim	04	01	05	20,0	05	12,5
	Não	16	19	35	80,0	95,0	87,5
<b>Quedas?</b>	Sim	12	15	27	60,0	75,0	67,5
	Não	08	05	13	40,0	25,0	32,5
<b>Fraturas?</b>	Sim	05	02	07	25,0	10,0	17,5
	Não	15	18	33	75,0	90,0	82,5

GC – Grupo controle; GE - Grupo Experimental

Fonte: Dados da pesquisa, 2011.

Dos participantes da amostra total, 35 idosos (87,5%) não moram sozinhos e 05 (12,5) idosos moram sozinhos, 27 idosos (67,5%) já caíram e 13 (32,5%) ainda não caíram, e quanto a variável fratura, apenas 07 idosos (17,5%) apresentaram. Estas fraturas citadas pelos idosos foram no braço, punho, perna e tornozelo, clavícula e pé (TABELA 2).

De acordo com Bloen, et al. (2003) quedas representam um grande problema social, por estarem relacionadas com o declínio físico, consequências psicossociais (medo de cair, depressão, ansiedade, dentre outros), gerando impacto negativo na qualidade de vida.



**Artigo**

Em relação ao morar sozinho, para o idoso, tem sido associado a um decréscimo na qualidade de vida, agravamento da morbidade e, até mesmo, indicador de risco de mortalidade. De acordo com a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) citada por Rodrigues (2006) mais de 10% da população idosa brasileira morava sozinha, com a maior proporção de mulheres o que poderia estar relacionado com o estado de viuvez, que contradiz nossa pesquisa.

Pode-se observar ainda que os idosos do GC, quanto às questões de moradia, apenas 04 (20,0%) moram sozinhos e 16 (80,0%) moram acompanhados; já em relação a quedas e fraturas, 12 idosos (60,0%) já caíram alguma vez e 05 idosos (25%) relataram ter alguma fratura. Quanto aos idosos ativos, a maioria mora acompanhado com outros idosos 19 idosos (95,0%); 15 idosos (75,0%) apresentam histórico de quedas, e somente 02 (10,0%) idosos apresentaram fraturas (TABELA 2).

Em estudo realizado por Medeiros (2003) é relatado que a incidência de quedas e a gravidade das complicações relacionadas a elas aumentam gradativamente após os 60 anos e que aproximadamente 5% de quedas de idosos requerem hospitalização.

Na tabela 3 constata-se que 20 idosos (50,0%) relataram algum problema que afete sua qualidade de vida e apontaram como os principais problemas a osteoporose, artrose, artrite, dores articulares, problemas de pele, problemas cardíacos e hipertensão.



**Artigo**

**Tabela 3.** Distribuição da amostra quanto a problemas que afetem a qualidade de vida (n=40)

VARIÁVEIS	NÍVEIS	Frequência (F)			Porcentagem (%)		
		GC	GE	Total	GC	GE	Total
<b>PROBLEMA QUE AFETE A QUALIDADE DE VIDA</b>	Sim	09	11	20	45,0	55,0	50,0
	Não	11	09	20	55,0	45,0	50,0

GC – Grupo controle; GE - Grupo Experimental

Fonte: Dados da pesquisa, 2011.

Quando se compara o grupo inativo com o grupo ativo, verifica-se que este relata mais apresentar algum problema que afetem sua qualidade de vida com 11 idosos (55%) e aquele menos, com 09 idosos (45,0%) (TABELA 3).

Figueiredo (2002) considera que o termo qualidade de vida é geral e abrange uma variedade de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu cotidiano, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas o que acontece sempre por o termo qualidade de vida ser um conceito subjetivo dependendo de cada indivíduo.

De acordo com a tabela 4 é possível ressaltar que 27 (67,5%) dos idosos apresentam problemas visuais e que 33 (82,5%) faz uso de óculos.



**Artigo**

**Tabela 4.** Distribuição quanto a alterações visuais e uso de óculos (n=40)

VARIÁVEIS	NÍVEIS	Frequência (F)			Porcentagem (%)		
		GC	GE	Total	GC	GE	Total
<b>PROBLEMA DE VISÃO</b>	Sim	16	11	27	80,0	55,0	67,5
	Não	04	09	13	20,0	45,0	32,5
<b>FAZ USO DE ÓCULOS</b>	Sim	15	18	33	75,0	90,0	82,5
	Não	05	02	07	25,0	10,0	17,5

GC – Grupo controle; GE - Grupo Experimental

Fonte: Dados da pesquisa, 2011.

No grupo dos idosos inativos (GC) 16 (80,0%) apresentam problema visual e apenas 5 não faz uso de óculos. Já no grupo dos idosos ativos (GE) 11(55,0%) apresentam problema visual e apenas 02 não faz uso de óculos (TABELA 4).

Vários estudos têm identificado o déficit visual como um fator contributivo para a ocorrência de quedas em idosos. Por consequência, idosos com baixa acuidade visual tendem a diminuir suas atividades básicas e instrumentais de vida diária (LEE; SCUDDS, 2003).

O papel da informação visual no controle do equilíbrio é documentado pela literatura, uma vez que, o sistema visual utiliza estímulos visuais para fornecer informações do ambiente, da direção e velocidade dos movimentos corporais em relação ao ambiente, além de diferenciá-lo que é movimento do próprio corpo do que é o movimento de um objeto externo (ANAND, 2002). A melhora da função visual



**Artigo**

possivelmente refletirá na função motora, possibilitando ao idoso uma maior independência funcional e melhoria de sua qualidade de vida.

**Resultados da Escala Motora para a Terceira Idade - EMTI**

Este instrumento é utilizado para avaliar a Aptidão Motora Geral (AMG) dos idosos, levando em consideração os elementos psicomotores (motricidade fina- AM1, motricidade global- AM2, equilíbrio - AM3, esquema corporal - AM4, organização espacial- AM5, organização temporal- AM6).

A EMTI consta de 60 provas motoras, distribuídas pelos 6 elementos psicomotores e essa por sua vez, classifica de acordo com o nível de dificuldade, iniciando por Nível 2 até Nível 11. Por fim, foi realizado o ranking de idosos pelo nível de aptidão motora de acordo com o número de pontos atingidos em Muito Superior, Superior, Normal Alto, Normal Médio, Normal Baixo, Inferior e Muito Inferior.

A fim de verificar se a AMG e os índices dos elementos psicomotores estudados difere em função prática de exercícios psicomotores, por meio da comparação dos idosos inativos com idosos ativos, foram realizados teste t Student, com a finalidade de comparar as médias dos grupos, adotando o critério de  $p \leq 0,05$  para que a diferença seja considerada significativa.

A Tabela 5 expõe os dados correspondentes à média, desvio padrão, valor mínimo e máximo e a classificação, encontrados na EMTI dos Idosos Inativos participantes da pesquisa.



**Artigo**

**Tabela 5.** Distribuição da média, desvio padrão, valor mínimo, valor máximo e a classificação motora dos Idosos Inativos (GC) na EMTI (n=20).

Variáveis	M±DP	Valor Mínimo	Valor Máximo	Classificação
<b>Motricidade Fina (IM1)</b>	51,9±19,29	0	96	Muito Inferior
<b>Motricidade Global (IM2)</b>	31,8±30,22	0	84	Muito Inferior
<b>Equilíbrio (IM3)</b>	30,8±40,36	0	120	Muito Inferior
<b>Esquema Corporal (IM4)</b>	52,8±27,08	0	120	Muito Inferior
<b>Organização Espacial (IM5)</b>	115,2±21,81	72	132	Normal Alto
<b>Organização Temporal (IM6)</b>	49,8±21,81	36	60	Muito Inferior
<b>Aptidão Motora Geral (AMG)</b>	55,35±12,60	18	102	Muito Inferior

Fonte: Dados da pesquisa, 2011.

Considerando-se as áreas motoras específicas da escala, a Tabela 5, denota que os idosos inativos no teste de Organização Espacial (IM5) obteve a melhor pontuação, apresentando uma média de 115,2 pontos (DP= 21,81), valor mínimo 72 pontos e valor máximo 132, sendo classificada como “Normal Alto”, seguido pelo Esquema Corporal (IM4) que atingiu uma média de 52,8 pontos (DP= 27,08), valor mínimo e máximo de 0 e 120 pontos respectivamente e classificação “Muito Inferior”.

Quanto a menor média estão os elementos psicomotores Equilíbrio e Motricidade Global, este com média de 31,8 pontos (DP= 30,22), valor mínimo de 0 pontos e o valor



**Artigo**

máximo 84 pontos sendo classificada dentro dos escores como nível “Muito Inferior” e aquele (IM3) obteve menor média de pontos com 30,8 pontos (DP= 40,36), valor mínimo e máximo de 0 e 120 pontos respectivamente, e também foi classificado como nível “Muito Inferior (TABELA 5).

Os elementos psicomotores que apresentaram melhor escore no GC foram a organização espacial seguido do esquema corporal (TABELA 5). A organização espacial depende, ao mesmo tempo, da estrutura de nosso próprio corpo (estrutura anatômica, biomecânica, fisiológica, etc.), da natureza do meio que nos rodeia e de suas características. A percepção do espaço que nos rodeia e das relações entre os elementos que o compõem evolui e modifica-se com a idade e com a experiência (ROSA NETO et al., 2009). Alterações nessa área (organização espacial) trazem como consequência dificuldades no reconhecimento direito e esquerdo, incapacidade de orientar-se no meio ambiente e dificuldade em escritas das letras ou números em espelho (THOMPSON, 2000).

Segundo estudo realizado por Poeta e Rosa Neto (2002) o esquema corporal foi um dos elementos psicomotores que apresentou maior valor comparado aos outros elementos avaliados (equilíbrio, motricidade global e organização temporal). Thompson (2000) afirma que indivíduos que apresentam dificuldades nessa esfera não percebem a posição de seus membros e conseqüentemente seu desenho da figura humana é pobre.

Em conformidade com os resultados obtidos nessa pesquisa, estudos recentes realizados com idosos mostram que as áreas de motricidade global e equilíbrio são as que mais apresentam déficit. Podendo ser explicado porque essas áreas dependem de



**Artigo**

capacidades físicas como a força e tônus muscular, que com o processo de envelhecimento ficam alterados exigindo mais esforços do corpo (MATTOS; KABARITE, 2005). O autor relata ainda que Motricidade global é a capacidade de individualizar vários segmentos corporais em um gesto ou gestos sequenciais e exige a capacidade de planificação e generalização motora, demandando uma interação complexa dos sistemas piramidais, extrapiramidais e cerebelosos, coordenados em função de um plano estruturado das aquisições aprendidas.

Segundo Fonseca (1995) a tonicidade garante as atitudes, as posturas, as emoções, de onde emergem todas as atividades motoras humanas. Sendo que uma das mudanças mais marcantes durante o processo de envelhecimento é o declínio da capacidade de movimento.

Trabalhos realizados por Rosa Neto (2002) também apresentou os maiores déficits no esquema corporal, na motricidade global e no equilíbrio. Oliveira (2010) ressalta que o equilíbrio reflete a integridade do sistema vestibular proprioceptivo e cerebeloso, onde através da idade sofre desgaste de função, sendo assim a falta de equilíbrio poderá trazer transtornos em determinadas habilidades.

Quanto a Motricidade Fina (AM1) e Organização Temporal (AM6), os Idosos Inativos foram classificados como “Muito Inferior”, uma vez que a AM1 teve uma média de 51,9 pontos (DP= 19,29), valor mínimo de 0 pontos e máximo de 96 pontos., e a Organização Temporal (IM6) obteve uma média de 49,8 pontos (DP= 21,81), valor mínimo de 36 pontos e valor máximo de 60 pontos (TABELA 5).



**Artigo**

Nota-se que as áreas de motricidade fina e organização temporal apresentaram escores maiores em relação às outras áreas. Assim pode-se dizer que estas áreas são menos limitadas com o envelhecimento em comparação com os aspectos que exigem uma maior movimentação do corpo e de acordo com Gallahue e Ozmun (2005) certas exigências da tarefa podem sobrecarregar demasiadamente os sistemas fisiológicos que se deterioram com o envelhecimento.

Fonseca (1995) diz que a motricidade fina compactua com a visão para a elaboração construtiva e para uma transformação, propondo um instrumento privilegiado da evolução cerebral, os resultados abaixo do normal nessa área podem refletir alterações no sistema visuomanual e no sistema nervoso.

Estudo realizado com idosos inativos residentes em instituições asilares da grande Florianópolis apresentou os maiores déficits na motricidade global, no equilíbrio e na organização temporal, todas classificadas pela “EMTI” como “muito inferior” conferindo com os resultados dessa pesquisa. Em contrapartida a motricidade fina e o esquema corporal tiveram classificação “inferior”, enquanto que a organização espacial foi classificada como “normal baixo” não sendo condizente com os resultados apresentados pelo grupo de idosos inativos desta pesquisa (VIEIRA, 2002).

Ainda em relação a Tabela 5, a Aptidão Motora Geral (AMG) dos Idosos Inativos obteve uma média de 55,35 pontos (DP= 12,60), com 18 pontos no valor mínimo e 102 no valor máximo, classificando-se como “Muito Inferior”. Esses resultados condizem com os estudos de Coelho (2002) e Poeta (2002), realizados em instituição asilares filantrópicas, e os idosos inativos avaliados apresentaram as menores médias de Aptidão



**Artigo**

Motora Geral e também foram com classificação “Muito Inferior” na EMTI. Valores tão inferiores podem ser decorrentes dos hábitos de vida, muitas vezes rotineira, além de patologias decorrentes do processo de envelhecimento (ROSA NETO, 2002).

Em concordância com os resultados obtidos neste estudo um trabalho realizado por Vieira 2002, 65% dos Idosos Inativos apresentaram padrão abaixo da normalidade, sendo classificados como “Muito Inferior”.

Na Tabela 6 estão dispostos os dados correspondentes à média, desvio padrão, valor mínimo e máximo e a classificação, encontrados na EMTI dos Idosos Ativos.

**Tabela 6.** Distribuição da média, desvio padrão, valor mínimo, valor máximo e a classificação motora dos Idosos Ativos (GE) na EMTI (n=20).

Variáveis	M±DP	Valor Mínimo	Valor Máximo	Classificação
<b>Motricidade Fina (IM1)</b>	106,5±18,14	60	132	Normal Médio
<b>Motricidade Global (IM2)</b>	63,3±20,63	24	96	Muito Inferior
<b>Equilíbrio (IM3)</b>	76,8±32,66	24	108	Inferior
<b>Esquema Corporal (IM4)</b>	96±30,65	48	132	Normal Médio
<b>Organização Espacial (IM5)</b>	132,5±13,54	96	132	Superior
<b>Organização Temporal (IM6)</b>	83,4±19,65	48	132	Normal Baixo
<b>Aptidão Motora Geral (AMG)</b>	91,65±21,61	63,6	123,6	Normal Médio

Fonte: Dados da pesquisa, 2011.



**Artigo**

No GE, a Organização Espacial (IM5) obteve melhor escore com uma média de 132,6 pontos (DP= 13,54), com valor mínimo e máximo respectivamente 96 e 132 pontos e sendo classificada como “Superior”. A Motricidade Fina (IM1), por sua vez, obteve-se a segunda melhor média com 106,5 pontos (DP= 18,14), valor mínimo 60 pontos, valor máximo 132 pontos sendo classificada a amostra como “Normal Médio” (TABELA 6).

Apresentando menor classificação a motricidade global (IM2) obteve média de 63,3 pontos (DP= 20,63), com pontuação mínima de 24 pontos e máxima de 96 pontos, sendo classificada como “Muito Inferior”, seguido do Equilíbrio (IM3) com média de 76,8 pontos, (DP= 32,66), pontuação mínima de 24 pontos e máxima de 108 pontos, e classificado como “Inferior” na EMTI (TABELA 6).

Ainda na Tabela 6, o esquema corporal (IM4) alcançou média de 96 pontos (DP= 30,65), valor mínimo de 48 pontos e valor máximo de 132 pontos, sendo classificada como “Normal Médio” e a Organização Temporal (IM6) assumiu uma média de 83,4 pontos (DP= 19,65), valor mínimo 48 e máximo 132 pontos, classificando-se como “Normal Baixo”.

Em conformidade com nossa pesquisa, estudo realizado por Rosa Neto e Poeta (1997) com 30 idosos (12 do sexo masculino e 18 feminino), participantes do programa de atividade física do Grupo de Estudos da Terceira Idade apresentou dentre as áreas motoras avaliadas, que a motricidade global demonstrou maior grau de dificuldade sendo classificado como “Normal Baixo”. Esta área é responsável pela regulação do equilíbrio e da atitude do indivíduo, desempenhando um importante papel na melhora dos comandos



**Artigo**

nervosos e no afinamento das percepções e sensações. O equilíbrio também apresentou o segundo resultado mais baixo com 92,4, porém foi classificado como “Normal Médio”. Esta habilidade intervém sobre a maioria dos movimentos, sendo o responsável pelo grande todo (ZABALETA, 1996).

Segundo Fonseca (1995), o movimento e a postura são inseparáveis em termos de controle motor, pois eles co-atuam e co-ajudam-se ao mesmo tempo. Com o envelhecimento, o equilíbrio é prejudicado em virtude dos problemas associados à forma do corpo (diminuição da massa muscular, alterações no sistema nervoso, doenças neurológicas).

A Aptidão Motora Geral dos Idosos Ativos (GE) obteve uma média de 91,65 pontos (DP= 21,61), com 63,6 pontos no valor mínimo e 123,6 no valor máximo, classificando-se como “Normal Médio” (TABELA 6). Que condiz com os resultados de Rosa Neto, Vieira e Teixeira et al. (2001), realizado com idosos ativos residentes na grande Florianópolis, que apontam uma média da Aptidão Motora Geral (AMG = 93,6 pontos) classificada como “Normal Médio” na EMTI.

Na tabela 7 estão dispostos os dados dos elementos psicomotores e da AMG dos Idosos Inativos e Idosos Ativos, com média, desvio padrão, diferença de média  $\Delta$ , teste t e nível de significância ( $p \leq 0,05$ ).



**Artigo**

**Tabela 7.** Dados referentes ao Teste T de Student da EMTI (N=40)

Variáveis	GC M±DP	GE M±DP	Δ	t	p*
<b>Motricidade Fina (IM1)</b>	51,9±19,29	106,5±18,14	54,60	9,21	0,001
<b>Motricidade Global (IM2)</b>	31,8±30,22	63,6±20,63	31,80	3,88	0,001
<b>Equilíbrio (IM3)</b>	30,8±40,36	76,8±32,66	46,20	3,97	0,001
<b>Esquema Corporal (IM4)</b>	52,8±27,08	96,0±30,65	43,20	4,72	0,001
<b>Organização Espacial (IM5)</b>	115,2±21,81	123,6±13,54	8,40	1,46	0,152
<b>Organização Temporal (IM6)</b>	49,8±21,81	83,4±19,65	33,60	6,96	0,001
<b>Aptidão Motora Geral (AMG)</b>	55,35±12,60	91,65±21,61	36,60	8,44	0,001

GC: Grupo controle; GE: Grupo Experimental; M: média; DP: Desvio Padrão; Δ: Diferença de pontos (M Idosos Ativos – M Idosos Inativos); t: Teste t de Student; p\* Nível de Significância ( $p \leq 0,05$ )

Fonte: Dados da pesquisa, 2011.

Os Idosos Inativos (GC) obtiveram como resultados: Motricidade Fina - uma média de 51,9 pontos (DP= 19,29), Motricidade Global - média de 31,8 pontos (DP=30,22), Equilíbrio - média foi de 30,8 pontos (DP= 40,36), Esquema Corporal - média de 52,8 pontos (DP=27,8), Organização Espacial - média de 115,2 pontos (DP= 21,81) e a Organização Temporal com pontuação média de 49,8 pontos (DP= 21,81). A



**Artigo**

Aptidão Motora Geral dos Idosos Inativos foi classificada como “Muito Inferior” obtendo uma media de 55,35 pontos (DP= 12,60) (TABELA 7).

Já os Idosos Ativos (GE) apresentaram as médias de: Motricidade Fina - 106,5 pontos (DP=18,14), Motricidade Global - 63,6 pontos (DP= 20,63), Equilíbrio - 76,8 pontos (DP= 32,66), Esquema Corporal - 96 pontos (DP=30,65), Organização Espacial - 123,6 pontos (DP=13,54) e a Organização Temporal obteve 83,4 pontos (DP=19,65). A Aptidão Motora Geral foi classificada como “Normal Médio” com uma média de 91,65 pontos (DP= 21,61) (TABELA 7).

Conforme o Teste T de Student, na tabela 7, a avaliação dos idosos quanto aos elementos motores da Aptidão Motora, todos apresentaram diferenças significativas entre os grupos de idosos ativos e inativos, exceto a Organização Espacial ( $t=1,46$ ,  $p=0,152$ ) podendo ser explicada por possuir mais características de atividades cognitivas que motoras.

Os resultados apresentados na Tabela 7 foram: Motricidade Fina ( $t=9,21$ ,  $p=0,001$ ,  $\alpha= 99,9\%$ ), Motricidade Global ( $t=3,88$ ,  $p=0,001$ ,  $\alpha= 99,9\%$ ), Equilíbrio ( $t=3,97$ ,  $p=0,001$ ,  $\alpha= 99,9\%$ ), Esquema Corporal ( $t=4,72$ ,  $p=0,001$ ,  $\alpha= 99,9\%$ ) e Organização Temporal ( $t=6,96$ ,  $p=0,001$ ,  $\alpha= 99,9\%$ ).

Diante do exposto, foi possível observar que apesar da Motricidade Global e do Equilíbrio apresentarem as menores pontuações, tanto para os Idosos Inativos como para os Idosos Ativos, as diferenças das médias foram significantes nesse estudo.

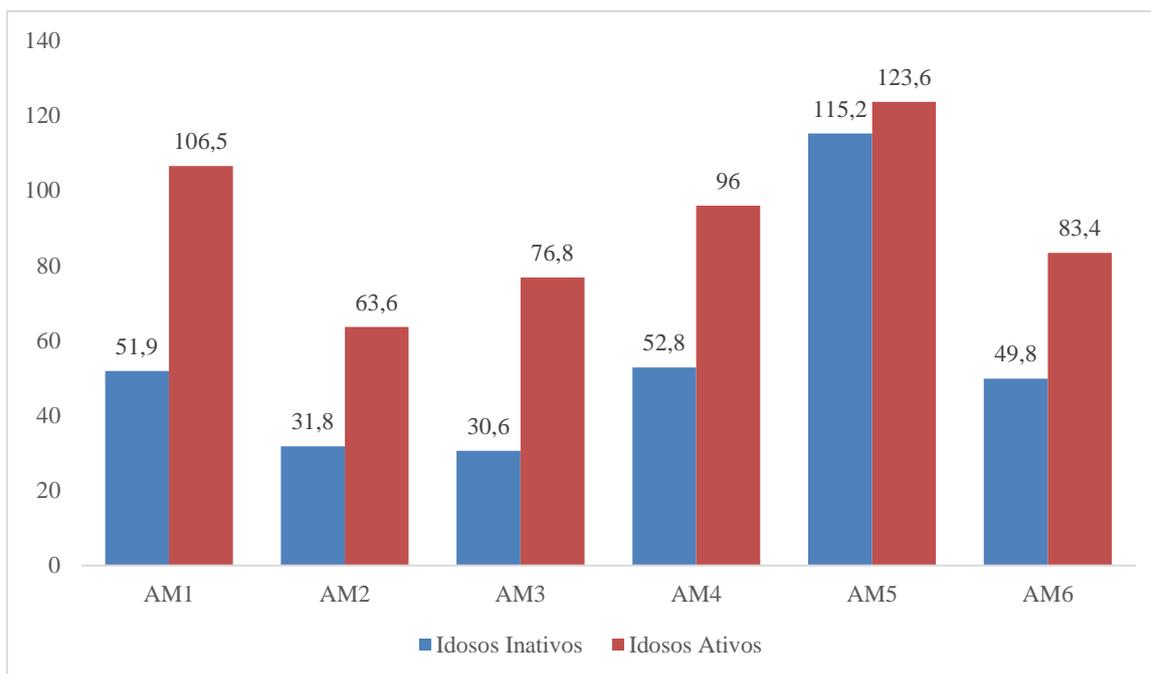
Ainda de acordo com os resultados da Tabela 7, é visto que no Teste T de Student apresentou diferença significativa ( $t=8,44$ ,  $p= 0,001$ ,  $\alpha= 99,9\%$ ).



**Artigo**

Para melhor visualização dos resultados das médias de cada elemento psicomotor, o gráfico 1 ilustra as diferenças significativas entre os Idosos Inativos e os Idosos Ativos. Lembrando que motricidade fina = AM1, motricidade global = AM2, equilíbrio = AM3, esquema corporal = AM4, organização espacial = AM5 e organização temporal = AM6. Os Idosos Ativos apresentaram Aptidão Motora Geral melhor do os Idosos Inativos.

**Gráfico 1.** - Comparação das médias dos Elementos Psicomotores entre os Idosos Inativos e Idosos Ativos.



Fonte: Dados da pesquisa, 2011.



**Artigo**

Analisando o Gráfico 1 e a Tabela 6 é possível observar que a menor diferença de pontuação média entre os Idosos Inativos e Idosos Ativos foi no elemento psicomotor Organização Espacial – AM5 com 8,40 pontos. A maior diferença está na Motricidade Fina – AM1 com 54,6 pontos, seguido do Equilíbrio – AM3 com 46,20 pontos e esquema corporal - AM4 com 43,20 pontos.

Levando em consideração todos os elementos psicomotores dos idosos ativos e dos idosos inativos, foi possível verificar que os idosos ativos apresentaram os escores dos elementos psicomotores maiores do que os idosos inativos, isso pode ser decorrente do processo de envelhecimento natural associado à ausência de atividade física (GRÁFICO 1). O resultado encontra-se de acordo com a literatura internacional, pois, um estudo realizado na Europa, com população idosa representativa da Espanha, foi observado que idosos envolvidos em atividades físicas apresentaram escores mais altos em praticamente todos os domínios (GUALLAR-CASTILLON et al., 2004).

Em concordância, Nahas (2006) afirma que o decréscimo da capacidade funcional é provocado, em grande parte, pelo desuso procedente do sedentarismo, o que pode ser envelhecimento melhorado pela prática regular de exercícios ou adoção de um estilo de vida mais ativa, protelando os efeitos nocivos causados pelo processo de envelhecimento. Rosa Neto et al. (2009) complementa, ressaltando que com o avançar da idade, observa-se, então, uma tendência natural à diminuição da atuação do indivíduo idoso em seu meio e que a capacidade de realizar as atividades do seu cotidiano pode sofrer reduções que frequentemente se associam ao risco de incapacidade, sedentarismo e à piora da qualidade



**Artigo**

de vida, acarretando a perda da independência e autonomia para a realização de suas atividades de vida diária.

Quanto aos elementos psicomotores que apresentaram melhor desempenho foram a Organização Espacial (M=123,6) e a Motricidade Fina (M=106,3) do Grupo de Idosos Ativos (GRÁFICO 1). Com isso, Frisard et al. (2007) ressalta a importância da manutenção de um estilo de vida ativo no retardo do declínio funcional decorrente da senescência e caracteriza o nível de atividade física como um importante determinante de saúde nos idosos (GRÁFICO 1).

Eckert (1993) afirma que o exercício físico pode prevenir o envelhecimento prematuro do sistema nervoso central, apoiado pela observação de que a velocidade psicomotora é mais rápida em indivíduos saudáveis, fisicamente ativos, quando comparada com indivíduos sedentários.

Ainda no Gráfico 1 é possível observar que as variáveis de menores escores foram o equilíbrio - AM3 (M= 30,6), seguido da motricidade global – AM2 (M=31,8) para os Idosos Inativos. Já os Idosos Ativos obtiveram menores escores nos mesmos elementos, porém, em ordem inversa, primeiro a motricidade global - AM2 (M=63,6) e depois o Equilíbrio - AM3 (M=76,8). Com esses dados nosso estudo corrobora com a literatura, uma vez que Fonseca (1995) afirma que uma das mudanças mais observadas no processo de envelhecimento é o declínio da capacidade do movimento. Ruwer, Rossi e Simon (2005) dizem que o envelhecimento compromete a habilidade do sistema nervoso central em realizar o processamento dos sinais vestibulares, visuais e proprioceptivos responsáveis pela manutenção do equilíbrio corporal, bem como diminui a capacidade de

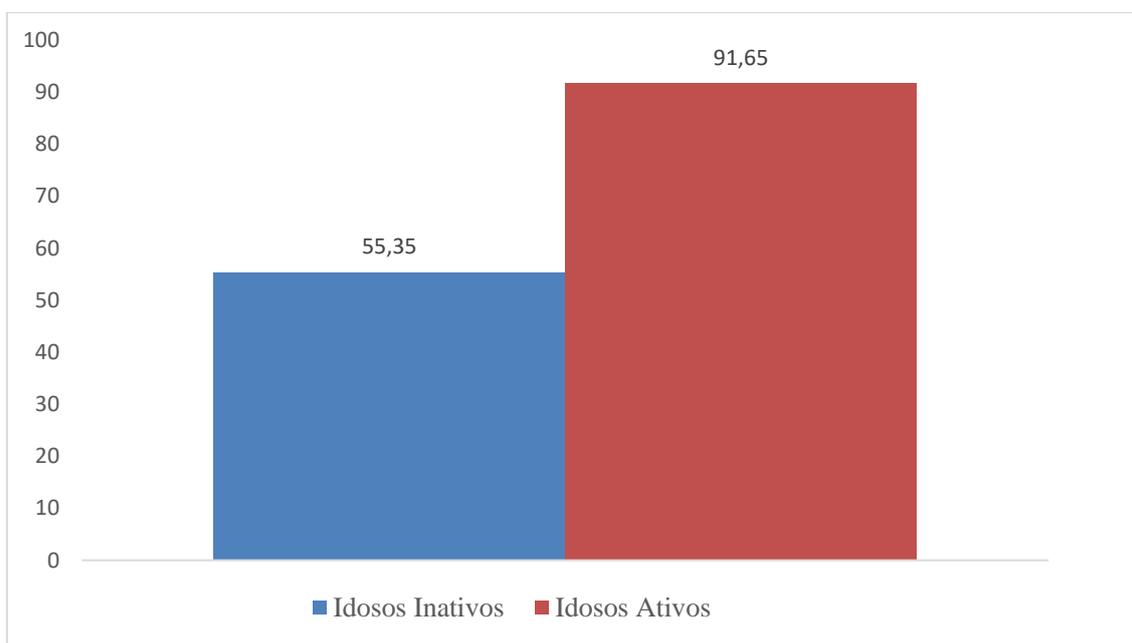


**Artigo**

modificações dos reflexos adaptativos. Entretanto, vários outros estudos, como o da pesquisa, apontam para os benefícios dos programas de atividade física para idosos, como medida profilática importante no sentido de preservar e retardar ao máximo os efeitos do envelhecimento sobre a aptidão física.

O resultado apresentado no gráfico 2 aponta para um melhor desempenho dos idosos ativos (M= 91,65) quando comparado aos idosos inativos (M= 55,35), desta forma obteve-se uma diferença de 36,30 pontos.

**Gráfico 2.** Comparação das médias obtidas na Aptidão Motora Geral- AMG.



Fonte: Dados da pesquisa, 2011.



**Artigo**

Segundo o Teste T de Student, essa diferença apresentou nível de significância relevante ( $p=0,001$ ). Com essa pontuação a classificação foi de “Muito Inferior” para os Idosos Inativos e de “Normal Médio” para os Idosos Ativos.

Sugere-se que o desempenho dos Idosos Ativos pode ser justificado pela prática regular de atividades psicomotoras, visto que os Idosos Inativos estavam sem a prática de atividade física e também não tinham um programa regular de atividades psicomotoras o que pode ter lhe rendido a classificação “Muito Inferior”. Bueno (1997) ressalta que o processo de envelhecimento pode ser visto de uma forma mais otimista, com ganhos potenciais de acordo com o estilo de vida adotado, alguns estudos apontam a atividade física como um modo para a manutenção da saúde física e mental.

Coincidindo com os resultados dos idosos ativos, no estudo de Rosa Neto, Vieira e Teixeira (2001), realizado com idosos ativos residentes na grande Florianópolis, verificou-se uma média da aptidão motora geral classificada como normal médio na “EMTI”. Alves et al (2004), afirma que a prática de exercício físico, além de combater o sedentarismo, contribui de maneira significativa para a manutenção da aptidão física do idoso, seja na sua vertente da saúde, seja nas capacidades funcionais dos idosos.

Para Rosa Neto (2002), o exame motor é um instrumento indispensável para os profissionais que trabalham com a terceira idade. Tal procedimento é o ponto de partida para uma intervenção terapêutica, pois permite identificar os problemas estabelecidos com a idade, diferenciar os diversos tipos de debilidade e, avaliar os progressos do idoso, quando submetido a um programa de reeducação psicomotora.



**Artigo**

**CONCLUSÃO**

Considerando o objetivo de comparar o nível de Aptidão Motora de um grupo de Idosos Ativos com Idosos Inativos, residentes no município de Patos-PB, os resultados dessa pesquisa confirmam a hipótese de que Idosos Ativos apresentam um nível de Aptidão Motora superior aos Idosos Inativos, tendo como variável a realização de um programa de reeducação psicomotora.

Sendo assim, pode-se perceber que tanto os Idosos Inativos quanto os Idosos Ativos apresentaram os elementos psicomotores Motricidade Global e Equilíbrio como sendo os de maiores déficits. Isso pode ser devido às transformações biológicas e sociais em diferentes áreas decorrentes do processo de envelhecimento, os quais podem interferir no desempenho desses elementos.

Dessa forma conclui-se que se faz importante a prática de atividade física regular tendo como ferramenta da fisioterapia a psicomotricidade, visto que esta, associada a outras técnicas, pode promover vários benefícios ao idoso, tais como: um melhor desempenho físico, maior independência, autonomia e uma melhor qualidade de vida e bem-estar psicofísicosocial, mantendo assim suas funcionalidades e prevenindo e ou retardando danos a sua saúde.

Como proposta para novas pesquisas, sugere-se que novos estudos envolvendo outros grupos de idosos e/ou outras técnicas, além da psicomotricidade, que possibilitem trabalhar o potencial criador e o conhecimento acumulado do ser idoso, a fim de confirmar



**Artigo**

e/ou confrontar os resultados obtidos, já que esta pesquisa permitiu entender que as práticas de promoção à saúde integral do idoso devem estar voltadas ao entendimento de que saúde é um processo envolvendo todas as condições que permitam ao ser humano uma vida digna e um conseqüente envelhecimento saudável.

**REFERÊNCIAS**

ALVES, R.V, et al. Aptidão física relacionada à saúde de idosos: influência da hidroginástica. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 10, n.1, p. 31-7, 2004.

ANAND, V. The effect of refractive blur on postural stability. **OphthalmicPhysiolOpt.**2002; 22:528-34.

BERQUÓ, E. Algumas Considerações demográficas sobre o Envelhecimento da População do Brasil. **Anais do I Seminário Internacional “Envelhecimento Populacional”**: Uma Agenda Para o Final do Século”. p. 16-34. Brasília: MPAS, SAS. 1996.

BUENO, J.M. **A psicomotricidade aquática para bebês e crianças**. I Simpósio internacional de Psicomotricidade Aquática. Anais. Curitiba, 1997.

BUENO, J.M. **Teoria e prática: estimulação, educação e reeducação psicomotora com atividades aquáticas**. S.P.: Lovise, 1998.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p. 725-733, 2003.



**Artigo**

COELHO, A. R. **Perfil da aptidão motora dos idosos residentes na serte na Unidade de Florianópolis**. 2002. 64 f. Monografia (Graduação em Educação Física) - Centro de Educação Física, Fisioterapia e Desportos da universidade do Sul de Santa Catarina, Florianópolis.

DELIBERATO, P.C.P. **Fisioterapia preventiva: Fundamentos e aplicações**; Barueri; Manole, 2002.

DISHMAN, R. K.; SALLIS, J. F. Determinants and interventions for physical activity and exercise. In C. BOUCHARD, R. J. SHEPARD, & T. STEPHENS (Eds.), **Physical activity, fitness and health: International proceedings and consensus statement** (pp. 215-238). Champaign, IL: HumanKinetics. 1994.

ECKERT, H. **Desenvolvimento Motor**. 3 ed. São Paulo: Manole, 1993.

FIGUEIREDO, D. Easy care: um instrumento de avaliação da qualidade de vida e bem estar do idoso. **Rev Geriatr** 2002; 130:41-7

FONSECA, V. **Manual de observação psicomotora: significação psiconeurológica dos fatores psicomotores**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 371 p.

GALLAHUE, D. L.; OZMUN, J. C. **Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos**. 3. ed. São Paulo: Phorte, 2005.

GONÇALVES, L. H., DIAS, M. M.; LIZ, T. G. Qualidade de vida de idosos independentes segundo proposta de avaliação de Flanagan. **Revista O Mundo da Saúde**, 23(4), 214-220. 1999

GUALLAR-CASTILLON, P., et al. Actividad física y calidad de vida de lapoblación adulta mayorenEspaña. **Medicina Clínica**, 123, 606-61. 2004.

KING, A. C.; ET AL. Determinants of physical activity and interventions in adults. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, 24(6), S221-236. 1992.



**Psicomotricidade como estratégia da fisioterapia na atenção à saúde do idoso: um estudo comparativo sobre aptidão motora**

Páginas 6 a 43

**Artigo**

LEE, H.K.M.; SCUDDS, R.J. Comparison of balance in older people with and without visual impairment. *Age Ageing*, 2003; 32:643-9.

MARGALHO, B. C. **A Psicomotricidade e a Terapia Ocupacional na arte do Envelhecer.** Trabalho de Pós-graduação Lato Sensu Projeto “A vez do Mestre” Apresentado a universidade Cândido Mendes. Rio de Janeiro, 2005.

MATTOS, V.L.; KABARITE A. **A construção do perfil psicomotor: um olhar além do desempenho.** Coleção Resumido – Perfil Psicomotor. Rio de Janeiro: Editora Rio; 2005.

MEDEIROS, F. D. **Quedas de idosos no domicílio com traumatismo: análise das ocorrências e de alguns fatores de exposição, no município de Tubarão-SC.** 240 f. Dissertação de mestrado. Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, 2003.

MOREIRA, M.M. **Transição, envelhecimento da população e demandas sociais: Nordeste do Brasil 1995-2030.** Projeto de tese. Belo Horizonte: Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, UFMG, 1993. Mimeorg.

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

NOGUEIRA, M. M. **Avaliação da Psicomotricidade no Processo Ensino-Aprendizagem de Crianças com Síndrome de Down na Educação Infantil.** Dissertação de Mestrado apresentada a Universidade Federal do Ceará. Fortaleza. 2007.

OLIVEIRA, A. R. **Tomada de consciência corporal e análise psicomotora do repertório de brincadeiras infantis: um olhar sobre o idoso da educação de jovens e adultos.** Dissertação apresentada a Universidade Estadual de Maringá. Maringá, 2010.

PASCHOAL, S.M.P.; SALLES, R. F. N.; FRANCO, R. P. **Epidemiologia do Envelhecimento.** In: FILHO, E.T.C.; PAPALÉO NETTO. **Geriatrics: Fundamentos, Clínica e Terapêutica.** 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 26-43.



**Artigo**

POETA, L. S. **Aptidão motora de idosos residentes na Associação Irmão Joaquim de Florianópolis.** 2002. 62 f. Graduação em Educação Física, Fisioterapia e Desportos da Universidade do Estado de Santa Catarina Florianópolis.

POETA, L.S; ROSA NETO, F. **Aptidão motora dos idosos residentes da Associação Irmão Joaquim de Florianópolis/SC.** Florianópolis, 2002. Monografia (Graduação em Educação Física)- Centro de Educação Física, Fisioterapia e Desportos, Universidade do Estado de Santa Catarina.

REBELATTO, J.R; MORELLI, J.G.S. **Fisioterapia geriátrica: a pratica a assistência ao idoso.**2. Ed. São Paulo: Manole, 2007.

REZENDE, J. C. G. et al. Bateria psicomotora de Fonseca: uma análise com o portador de deficiência mental. **Revista Digital - Buenos Aires** - Ano 9 -Nº 62 - Julio de 2003.

RODRIGUES, S.L. **Perfil da Aptidão Motora em Idosos da Universidade da Experiência no município de Tubarao-SC.**  
Monografia apresentada ao Curso de Fisioterapia Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, 2006. 150,f.

ROSA NETO, F. **Manual de avaliação motora.** Porto Alegre: Artmed, 2002.

ROSA NETO, F.; VIEIRA, G. F.; TEIXEIRA, C. A. A. Estudo de parâmetros motores na terceira idade. **Resumo publicado no II Congresso Internacional de Motricidade Humana,** 2001.

ROSA, T. E. C. et al. **Estudo dos parâmetros motores em idosos com idades entre 70 e 79 anos pertencentes aos grupos da terceira idade da prefeitura de São José, SC.** Lecturas Educación Física y Deportes, ano 10, n. 92, 2007. Disponível em: . Acesso em: maio 2009.



**Artigo**

ROSA, T. E. C. et al. **Manual de avaliação motora para a Terceira Idade**. Porto Alegre. Artmed, 2009.

RUWER, L.S; ROSSI, A.G; SIMON,L.F . Equilíbrio no idoso. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologista**. V.71, n.3, 298-303, mai./jun. 2005.

SANTOS, S. R.; ET AL. Qualidade de vida do idoso na comunidade: Aplicação da escala de Flanagan. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n.6, p.757-764, 2002.

THOMPSON, R. Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem. In: FERREIRA, C.A. M. **Psicomotricidade da Educação Infantil à Gerontologia: Teoria e Prática**. São Paulo: Lovise, 2000.

VIEIRA, G.F. **Estudo dos parâmetros motores de idosos residentes em instituições asilares da grande Florianópolis**. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) – Centro de Educação Física, Fisioterapia e Desportos, Universidade do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

ZABALETA, J. F. **Desarrollo de la inteligencia motriz como base para la evolución y capacitación humana, en los primero años de vida**: propuesta de actuación motriz según la experiencia realizada en la etapa de educación infantil. 1996. (Tesis Doctoral) –Departamento de Fisiatría y Enfermaría, Universidad de Zaragoza, 1996.

