



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**

NADJA VALÉRIA SANTOS BARROS

**QUALIDADE DE VIDA ATRAVÉS DO MÉTODO PILATES:
AVALIANDO OS IDOSOS PRATICANTES NO MUNICÍPIO DE CAMPINA
GRANDE – PB**

**CAMPINA GRANDE – PB
2011**

NADJA VALÉRIA SANTOS BARROS

**QUALIDADE DE VIDA ATRAVÉS DO MÉTODO PILATES:
AVALIANDO OS IDOSOS PRATICANTES NO MUNICÍPIO DE CAMPINA
GRANDE – PB**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Professora Dr^a Vitória Regina Quirino de Araújo

CAMPINA GRANDE – PB
2011

M488p

Barros, Nadja Valéria Santos.

Qualidade de vida através do método pilates [manuscrito]: avaliando os idosos praticantes no município de Campina Grande – PB / Nadja Valéria Santos Barros.– 2011.

40f.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2011.

“Orientação: Profa. Dra. Vitória Regina Quirino de Araújo, Departamento de Fisioterapia”.

1. Qualidade de vida. 2. Idosos. 3. Método pilates. I. Título.

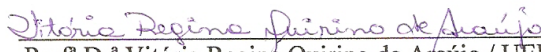
21. ed. CDD 306

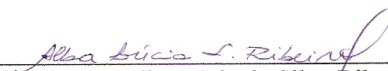
NADJA VALÉRIA SANTOS BARROS

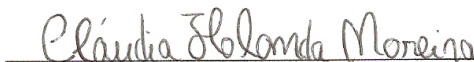
**QUALIDADE DE VIDA ATRAVÉS DO MÉTODO PILATES:
AVALIANDO OS IDOSOS PRATICANTES NO MUNICÍPIO DE CAMPINA
GRANDE – PB**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovada em ~~16/11~~ 2011.


Prof.ª Dr.ª Vitória Regina Quirino de Araújo / UEPB
Orientadora


Prof. Esp. Alba Lúcia da Silva Ribeiro / UEPB
Examinadora


Prof.ª Ms. Cláudia Holanda Moreira / UEPB
Examinadora

QUALIDADE DE VIDA ATRAVÉS DO MÉTODO PILATES: AVALIANDO OS IDOSOS PRATICANTES NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PB

BARROS, Nadja Valéria Santos

RESUMO

Na intenção de elevar os índices para uma melhor qualidade de vida na terceira idade, a prática de atividade física, em sua diversificação e adequação ao idoso, além de combater o sedentarismo, contribui de maneira significativa para a manutenção da aptidão física, tanto no âmbito da saúde como das capacidades funcionais. O Método Pilates vem somar-se às atividades físicas por ser um programa completo de condicionamento físico e mental numa vasta órbita de exercícios potenciais. Analisar aspectos da qualidade de vida de idosos praticantes do Método Pilates em alguns estúdios da cidade de Campina Grande-PB. Estudo do tipo transversal, descritivo e analítico. Na realização desta pesquisa foram, intencionalmente, pré-selecionados oito estúdios de Pilates do município de Campina Grande – PB, os quais tinham indivíduos idosos no seu quadro de alunos. Dos 30 idosos pré-selecionados 17 obedeceram aos critérios de inclusão, perfazendo um total de cinco estúdios visitados. Para a coleta de dados foram aplicados dois questionários , um composto por 16 questões, referentes a dados sócio-demográficos e a prática do Pilates e o *WHOQOL-bref* adaptado. O domínio psicológico obteve maior escore (76,47%), seguido dos domínios físico (72,05%) e meio ambiente (71,51%). O domínio que revelou um menor índice de qualidade de vida foi o social, com 46,08%. Na média geral dos quatro domínios, o índice alcançado foi 66,53% de qualidade de vida. O *WHOQOL-bref* permitiu mensurar um elevado nível de qualidade de vida dos idosos praticantes de Pilates no município de Campina Grande–PB. É visível que há uma confortável situação econômica somada a um suficiente grau de instrução, o que influencia na conscientização dos idosos, transformando-os em indivíduos bem esclarecidos acerca da importância de uma prática de atividade física para uma velhice mais ativa e autônoma. A prática do Pilates, infelizmente, ainda é uma atividade ao alcance de pessoas que possuem um alto poder aquisitivo.

PALAVRAS-CHAVE: Idosos. Qualidade de vida. Método Pilates.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é um processo universal e gradativo. Trata-se de uma experiência variada entre os indivíduos, para a qual concorre uma abundância de fatores de ordem genética, biológica, social, ambiental, psicológica e cultural. Dentre as questões que cercam o envelhecimento, a saúde aparece como elemento determinante pelo seu forte impacto sobre a qualidade de vida, constituindo-se como uma das principais fontes de estigmas e preconceitos em relação à velhice.

Na imaginação trivial, reforçada por muitos profissionais das diversas áreas do conhecimento, a velhice é comumente associada à crescente mal-estar, doença e dependência, aceitas como características normais e inevitáveis desta fase. Desse modo, torna-se de grande importância científica e social, examinar os fatores que permitem uma boa qualidade de vida na velhice, bem como as variações que esse estado sustenta. A extensa longevidade que vem se observando hoje no mundo refaz um novo perfil do idoso, passando de um sujeito antes sem préstimo, fadado ao esquecimento e “desuso” para um ser enérgico cada vez mais vivo, cheio de robustez e sequioso em prolongar, com qualidade, suas atividades físicas e mentais.

No Brasil, o envelhecimento da população é um fenômeno relativamente recente, no entanto já existem muitos estudos que norteiam que esse é um processo irreversível diante da conduta da fecundidade e da mortalidade registrado nas últimas décadas e do esperado para as próximas. Na velhice, a manutenção de autonomia está particularmente vinculada à qualidade de vida. Assim sendo, uma forma de conseguir quantificar a qualidade de vida de um indivíduo é através do grau de autonomia com que o mesmo executa as funções do dia-a-dia, dentro de seu contexto socioeconômico-cultural. Envelhecer conservando todas as funções não significa problema quer para o indivíduo ou para a sociedade, mas quando estas começam a enfraquecer-se é que os problemas começam a surgir.

Diante do exposto e buscando elevar os índices de uma melhor qualidade de vida na terceira idade, a prática de exercício físico, em seu quadro variado oferecido ao idoso nas academias, centros de convivência, clubes, escolas de dança, centros comunitários e/ou associações desportivas, além de combater o sedentarismo, contribui de maneira significativa para a manutenção da aptidão física, tanto no âmbito da saúde como das capacidades

funcionais. O Método Pilates vem juntar-se as atividades físicas por ser um programa completo de condicionamento físico e mental numa vasta órbita de exercícios potenciais. Sua versatilidade se encaixa em todas as idades e em todos os níveis de aptidão motora, já que visa a trabalhar força, melhorar a flexibilidade e controlar a postura.

Envelhecer é uma pretensão natural de qualquer indivíduo, mas tal, por si só, não é o bastante; é também importante ansiar por uma melhoria da qualidade de vida para aqueles que já envelheceram ou que estão no processo de envelhecer. Envelhecimento bem-sucedido é mais que ausência de doença e manutenção da capacidade funcional, ambas são consideráveis, mas é a sua combinação com o engajamento ativo com a vida que vão apontar para a longevidade saudável. Esta sim deve ser a meta que todos (profissionais e indivíduos) devemos almejar.

Neste sentido, esta pesquisa tem como objetivo principal analisar e descrever aspectos da qualidade de vida de idosos praticantes do Método Pilates em estúdios da cidade de Campina Grande – PB, investigando suas facetas em idosos, concernente a variáveis como gênero, faixa etária, renda mensal e nível de escolaridade. Também pretende identificar que aspectos da qualidade de vida de idosos são influenciados pela prática do método.

2 QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS: QUAL O MÉRITO DESSA AVALIAÇÃO?

O Envelhecimento definitivamente não é mais uma questão do Primeiro Mundo. O que era uma nota de rodapé no Século XX está se tornando um tema dominante no Século XXI.

Kofi Annan, Secretário-Geral da ONU e Prêmio Nobel da Paz

Em razão do aumento do número de idosos no país, em detrimento dos demais segmentos etários, o interesse de pesquisas e estudos que viabilizem ao idoso não só uma sobrevivência, mas também uma melhor qualidade de vida tornou-se fundamental, levando a comunidade científica e os profissionais da área da saúde a uma preocupação considerável com a qualidade desse envelhecimento (JANUARIO et al., 2011). Gerontologistas afirmam

que 110 a 120 anos é o limite do ciclo de vida humana. Parece difícil que as pessoas venham a viver para sempre, ou mesmo cheguem aos 100 anos. Ainda assim, novas pesquisas têm sugerido que a morte dos “velhos mais velhos” é adiável (TRENTINI, 2004).

Com o aumento da expectativa de vida, o desenvolvimento da tecnologia, a globalização e o acesso democrático às informações modificaram o perfil do indivíduo do século XXI e a sociedade em sua macrosfera, a busca pela qualidade de vida tornou-se uma constante, que extrapola as classes sociais, culturais, econômicas e até a cronologia de vida das pessoas (PEREIRA, ALVAREZ e TRAEBERT, 2011).

O conceito de qualidade de vida, atualmente, se torna mais compreendido na perspectiva de uma visão multifatorial relacionada à autoestima e ao bem-estar pessoal e está sujeito a múltiplos pontos de vista, de acordo com variáveis, tais como cultura, nível socioeconômico, estado emocional. Não há consenso sobre seu significado, existindo várias correntes de pensamento e várias linhas de pesquisa, todas complementares entre si. Além disso, no decorrer do tempo, a forma de avaliação se alterou, passando de uma avaliação baseada em parâmetros objetivos, ou idealizada pelo pesquisador, para outra que valoriza a percepção subjetiva das pessoas (PASCHOAL, 2004).

Numa representação social, o conceito de qualidade de vida pode ser concebido com parâmetros objetivos – satisfação das necessidades básicas e criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social da sociedade – e subjetivos – bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal. Além desses parâmetros, o conceito também inclui critérios de satisfação individual, bem-estar coletivo, fatores políticos e de desenvolvimento humano (RIBEIRO, 2006).

A construção de um modelo conceitual multidimensional foi realizada por Lawton e é amplamente conhecido na literatura gerontológica internacional e contém quatro dimensões conceituais: competência comportamental, condições ambientais, qualidade de vida percebida e bem-estar subjetivo (RIBEIRO, 2006).

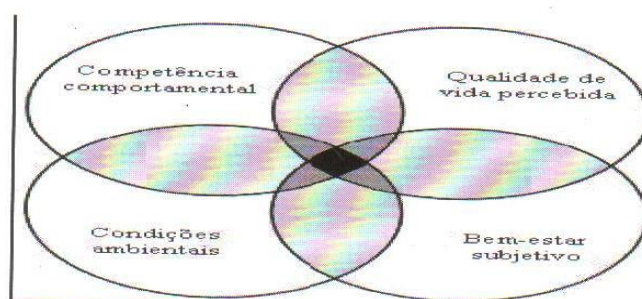


Figura 1: Modelo da Qualidade de Vida na Velhice (Lawton, 1991, citado por Neri, 2001, p. 64)

A competência comportamental representa a avaliação sócio-normativa do funcionamento do indivíduo, no que diz respeito à saúde, funcionalidade física, cognição, comportamento perante a sociedade e a utilização do tempo (SANTOS 2008). Já as condições ambientais dizem respeito à adaptação e compatibilidade do idoso ao meio ambiente, de modo a que o idoso se sinta bem no local em que se encontra inserido (SANTOS, 2008).

A qualidade de vida percebida diz respeito à percepção da saúde, doenças relatadas, consumo relatado de medicamentos, dor e desconforto, alterações percebidas na cognição e auto-eficácia nos domínios físico e cognitivo (SANTOS, 2008). Enquanto que o bem-estar subjetivo refere-se ao domínio das percepções, das expectativas, dos sentimentos e dos valores (SANTOS, 2008).

É evidente que numa sociedade em mutação, onde ainda existem muitos preconceitos sociais em relação aos idosos com falta de recursos de assistência e de apoio, à noção de qualidade de vida terá um caráter relativo. Por outro lado, num mundo globalizado onde os contrastes são evidentes, as contradições e os desafios são constantes, a qualidade de vida passa por uma séria revisão de critérios, uma vez que o sujeito moderno apresenta características impregnadas ligadas ao narcisismo, alienação e efemeridade das coisas e sentimentos de insegurança e agressividade (MONTEIRO, 2002).

Em meio às mudanças, a transição demográfica se configura como uma delas, e encontra-se em distintos estágios ao redor do mundo. Em conjunto com a transição epidemiológica, resulta no principal fenômeno demográfico do século 20, conhecido como o envelhecimento populacional. Este fenômeno tem levado a uma reforma do sistema de Saúde, pois essa população ordena cuidados que são um desafio devido às doenças crônico-degenerativas que apresentam, além do fato de que agrupam disfunções nos últimos anos de suas vidas (NASRI, 2008). A expectativa média de vida se estende de tal forma que grande parte da população atual irá alcançar a velhice. Os grandes centros urbanos, embora já apresentem um perfil demográfico semelhante ao dos países mais desenvolvidos, ainda não tomam posse de uma infra-estrutura de serviços que dê conta das demandas decorrentes das transformações demográficas vigentes (IBGE, 2009).

Em oposição ao que comumente se imagina, o processo de envelhecimento populacional resulta do declínio da fecundidade e não do declínio da mortalidade. Uma

população torna-se mais idosa à medida que aumenta a dimensão de indivíduos idosos e diminui a proporção de indivíduos mais jovens, ou seja, para que uma determinada população envelheça, é necessário haver também uma menor taxa de fecundidade (NASRI, 2008). Combinando ainda com outros fatores como, os avanços da tecnologia, especialmente na área da saúde, atualmente o grupo de idosos ocupa um espaço significativo na sociedade brasileira (IBGE, 2010).

Entre os anos de 1940 e 1960, o Brasil ensaiou um declínio significativo da mortalidade, mantendo a fecundidade em níveis bastante altos, o que gerou uma população jovem quase estável e com rápido crescimento. A partir dos anos 1960, a redução da fecundidade que se iniciou nos grupos populacionais mais privilegiados e nas regiões mais desenvolvidas, generalizou-se rapidamente e desencadeou o processo de transição da estrutura etária (NASRI, 2008). O resultado desse feito, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD (2009), foi que o país contava com uma população de cerca de 21 milhões de pessoas de 60 anos ou mais de idade em 2009 (IBGE, 2010).

Para a abordagem da população idosa, no final da década de 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a utilizar o conceito de “envelhecimento ativo” tentando incluir, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento. Tal conceito, pode ser compreendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Envolve políticas públicas que impulsionam maneiras de viver mais saudáveis e seguras em todas as etapas da vida, apoiando a prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, a prevenção às situações de violência familiar e urbana, o acesso à alimentos saudáveis e à redução do consumo de tabaco, entre outros. Tais medidas contribuirão para o alcance de um envelhecimento que signifique também um lucro essencial em qualidade de vida e saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

O envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas, aumentando a expectativa de vida saudável, principalmente daquelas pessoas que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados. Aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. Permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas

pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades (OMS, 2005).

Nesse contexto a Organização Mundial da Saúde argumenta que os países podem custear o envelhecimento se os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil implementarem políticas e programas de “envelhecimento ativo” que melhorem a saúde, a participação e a segurança dos cidadãos mais velhos (OMS, 2005). Em todos os países, e especialmente nos países em desenvolvimento, providências para ajudar as pessoas mais velhas a se manterem saudáveis e ativas são uma necessidade, não uma ostentação.

Assim, se o estudo da qualidade de vida tem mostrado seu valor em vários segmentos, ele denota também sua importância na avaliação da pessoa idosa (PASCHOAL, 2000), visto que o processo de envelhecimento está relacionado a perdas significativas nas capacidades físicas, podendo provocar importante declínio da capacidade funcional e redução da autonomia, haja vista a diminuição fisiológica das diferentes funções associadas à presença de distúrbios patológicos e, conseqüentemente, da capacidade de trabalho físico (JANUARIO et al., 2011).

A qualidade de vida percebida na velhice relaciona-se com a competência adaptativa, vivida nas dimensões emocional, cognitiva e comportamental. Estas mudanças permeiam a capacidade da pessoa envelhecida de perceber e lidar com os fatores estressantes, tais como, as doenças crônico-degenerativas, a capacidade de resolução de problemas e o desempenho e competência social (PEREIRA, ALVAREZ e TRAEBERT, 2011).

Na população idosa, a qualidade de vida abrange uma série de peculiaridades, como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais éticos e a religiosidade (JANUARIO et al., 2011), implicando na adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e sócio-estrutural, pois vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, status social, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos (SANTOS et al., 2002).

Os diversos ciclos de vida requerem investimentos específicos e adequados. A criança de ontem é o adulto de hoje e o avô ou avó de amanhã. A qualidade de vida que as pessoas terão quando avós depende não só dos riscos e oportunidades que experimentarem durante a vida, mas também da maneira como as gerações posteriores irão oferecer ajuda e apoio mútuos, quando necessário (OMS, 2005). Ante o exposto, avaliar as condições de vida do idoso reveste-se de grande importância científica e social por permitir a implementação de alternativas válidas de intervenção, tanto em programas geronto-geriátricos quanto em políticas sociais, no intuito de promover o bem-estar das pessoas maduras, particularmente, no nosso contexto, onde os atuais idosos são aqueles que conseguiram sobreviver às condições adversas (SANTOS et al., 2002).

As pessoas anseiam viver cada vez mais, desde que essa longevidade lhes proporcione uma vida com proveitosa qualidade (JANUARIO et al., 2011), pois viver mais para fazer parte de um grupo chamado de “velhice abandonada e desamparada, condenada a viver seus últimos dias na miséria”, certamente não faz parte das aspirações humanas (VIEIRA, 2004).

Nesse contexto, o Método Pilates (MP) surge como uma alternativa para a conquista de todos esses requisitos, já que o idoso em sua maioria tem um padrão de flexibilidade, força muscular, condicionamento físico e postura bastante alterados, o que os leva facilmente e quase sempre às limitações funcionais, levando-os a um padrão de dependência parcial ou total, muitas vezes para funções motoras simples do dia-a-dia, onde executar tarefas domésticas, fazer sua higiene pessoal, cuidar de seu animal de estimação, sair à rua, e mesmo transferir-se de uma postura sentada para outra de pé, torna-se dificultoso. O Pilates age como facilitador destas atividades na medida em que vai favorecer o ganho de flexibilidade global, de força muscular, realinhamento e estabilização postural e uma grande melhora no padrão respiratório (PANELLI e DE MARCO, 2009). Com isso, a independência para atividades cotidianas e até mesmo a auto-estima destes idosos são beneficiadas.

3 MÉTODO PILATES

"Em dez sessões se sente a diferença, em vinte sessões se vê a diferença

e em trinta sessões o corpo está modificado"

Josef Pilates

De acordo com a OMS (2005), uma atividade física regular e moderada reduz o risco de morte por problemas cardíacos em 20 a 25% em pessoas com doença do coração diagnosticada, além de reduzir substancialmente a gravidade de deficiências associadas à cardiopatia e outras doenças crônicas. Assim, o Método Pilates (MP) estaria enquadrado neste contexto para prevenção primária, secundária e terciária da saúde. Além do bem-estar que o método Pilates proporciona às pessoas de todas as idades, nas pessoas acima de 60 anos essa prática pode ser uma importante aliada para aliviar dores, aumentar a percepção dos movimentos, proporcionar maior equilíbrio, fortalecer os músculos, desenvolver a flexibilidade, aliviar o estresse e elevar a auto-estima.

O criador do método, Joseph H. Pilates (1880-1967), nasceu em Düsseldorf, Alemanha. Na infância sua saúde foi débil, quando sofreu de asma, bronquite, raquitismo e febre reumática. Dedicou-se ao progresso de sua condição física praticando mergulho, esqui, ginástica e boxe. Autodidata, intensificou seus conhecimentos em fisiologia, anatomia e medicina tradicional chinesa (PANELLI e DE MARCO, 2009). Sua motivação o levou a estudar várias formas de movimento incluindo yoga, técnicas Gregas e Romanas. Aos 14 anos se dedicou arduamente ao fisiculturismo e iniciou a aplicação de seu método em 1962 quando imigrou para Nova York, onde recebeu a atenção da comunidade de dança e a técnica Pilates tornou-se parte integral do treinamento de bailarinos (CURI, 2009).

O método passou a ser conhecido após a 1ª Guerra Mundial, onde Joseph Pilates treinou um grupo de pessoas que estavam enclausuradas em uma prisão de guerra na Inglaterra. Ao regressar para a Alemanha, depois da guerra, ganhou publicidade, pois seus companheiros que praticaram o método durante a mesma venceram uma grande epidemia de gripe, além de dar assistência na recuperação dos feridos de guerra, com a utilização de molas nas camas para que pudessem realizar exercícios físicos (CURI, 2009).

O método em questão, originalmente denominado “contrologia” por seu criador, mas hoje conhecido por seu sobrenome - “Pilates” -, diferenciou-se por trabalhar de forma intensa e reforçada o “centro de força” ou “*power house*”, enquanto procurava-se fortalecer e alongar as outras partes do corpo por meio de exercícios de baixo impacto e com poucas repetições (SILER, 2008). Joseph Pilates associou o aprimoramento do desempenho motor, da estabilidade corporal e da postura ao fortalecimento e melhora da flexibilidade desses músculos (RODRIGUES et al., 2010). O Pilates é um método de condicionamento físico que incorpora o corpo e a mente, amplia a capacidade dos movimentos, eleva o controle, a força, o equilíbrio muscular e a consciência corporal. Solicita o corpo na sua totalidade, corrige a postura, realinha a musculatura e desenvolve a estabilidade corporal para uma vida mais saudável e longa (PEREIRA, 2009).

Pilates (1998, p. 20) apud Panelli e De Marco (2009), definiram “contrologia” como a arte do controle e equilíbrio mente-corpo. Em seu primeiro livro, *Your Health*, descreveu:

É o controle consciente de todos os movimentos musculares do corpo. É a correta utilização e aplicação dos mais importantes princípios das forças que se aplicam a cada um dos ossos do esqueleto, com o completo conhecimento dos mecanismos funcionais do corpo, e o total entendimento dos princípios de equilíbrio e gravidade aplicados a cada movimento, no estado ativo, em repouso e dormindo (PANELLI e DE MARCO, 2009).

Posteriormente, em *Return to Life Through Contrology* (1998, p.9),descreveu:

“*Contrologia* é a completa coordenação de corpo mente e espírito. Através dela você primeiro adquire um controle total de seu próprio corpo e depois, através de repetições apropriadas desses exercícios, você gradual e progressivamente adquire um ritmo natural e a coordenação associados com todas as atividades de seu subconsciente”(PANELLI e DE MARCO, 2009).

Baseando-se em princípios da cultura oriental – como yoga, artes marciais e meditação – o MP representa-se pela tentativa do controle dos músculos envolvidos nos movimentos da forma mais consciente possível. Os exercícios que compõem o método abrangem contrações isotônicas (concêntricas e excêntricas) e, principalmente, isométricas, com destaque especial no que Joseph denominou *power house* (casa ou centro de força). Este

centro de força é composto pelos músculos abdominais, glúteos e paravertebrais lombares, que são responsáveis pela estabilização estática e dinâmica do corpo. Então, durante os exercícios a expiração é associada à contração do diafragma, do transverso abdominal, do multífido e dos músculos do assoalho pélvico (SILVA, 2009).

Toda a energia necessária pra a realização dos exercícios se inicia no “centro de força” e flui externamente para as extremidades. Se tentarmos realizar qualquer ação visualizando que o movimento origina-se do *power house*, veremos que ele é o centro de potência e energia. Baseados na “contrologia”, os princípios básicos de controle do corpo são: CONCENTRAÇÃO, CENTRALIZAÇÃO, FLUIDEZ, RESPIRAÇÃO, PRECISÃO, CONTROLE E RELAXAMENTO, (STANMORE, 2008).

O princípio da concentração consiste em executar cada exercício com precisão e treinar os músculos para trabalhar automaticamente, isto é, mecanicamente e de forma correta (STANMORE, 2008). Panelli e De Marco (2009) apud Pilates e Miller (1998, p.14) disseram: “Concentre-se nos movimentos corretos cada vez que você executa os exercícios, para que você não os faça inapropriadamente e, desta forma, perca todos os seus benefícios”.

No princípio da centralização, em todos os exercícios a musculatura profunda abdominal e vertebral trabalha em conjunto e de forma eficiente para estabilizar a coluna e manter o controle lombo-pélvico (STANMORE, 2008). Panelli e De Marco (2009) apud Pilates e Miller (1998, p.18) ressaltaram que: “O treinamento básico com os exercícios de Pilates requerem suporte e controle do tronco em conjunto com movimentos dinâmicos das extremidades. Centralização e equilíbrio estão sempre envolvidos”.

O princípio da fluidez considera que se deve focar no alongamento a partir do centro do corpo e executar os movimentos lenta e educadamente (STANMORE, 2008), como destacam Panelli e De Marco (2009) apud Pilates e Miller (1998, p.03): “Movimentos fluidos são essenciais para o sucesso da rotina de exercícios. A idéia é criar um padrão de movimentos graciosos e evitar mais movimentos mecânicos associados com os exercícios mais tradicionais. Na prática, estes exercícios envolvem múltiplos grupos musculares trabalhando simultaneamente, juntos, em harmonia ou oposição”.

Com o princípio da respiração pretende-se atingir o ideal do condicionamento físico total. Joseph Pilates concebeu seu método visando a purificar a corrente sanguínea por meio da oxigenação. Ao empregar inspirações e expirações completas, você expelle ar viciado

e gases nocivos das profundezas dos pulmões e preenche o corpo com ar fresco, trazendo mais energia e vitalizando seu sistema (SILER, 2008). Para entender melhor esse conceito Panelli e De Marco (2009) apud Pilates e Miller (1998, p.13) citam: “A “respiração preguiçosa” converte os pulmões, de modo figurativo, em um cemitério para o depósito de germes doentes, que estão morrendo ou já estão mortos, ao mesmo tempo em que fornece um porto ideal para a multiplicação de outros germes prejudiciais”.

Para o princípio da precisão todo movimento no método Pilates tem um propósito. Cada instrução é essencial para o sucesso do todo. Deixar de fora qualquer detalhe é abandonar o valor intrínseco do exercício. Por isso, procure concentrar-se em fazer um movimento preciso e perfeito em vez de muitos sem vontade. Essa precisão acabará se tornando sua segunda natureza e nada mais que isso o satisfará (SILER, 2008). Logo, “A precisão deve ser mantida para evitar o risco de lesão” (PANELLI e DE MARCO, 2009 apud HALL, 1998, p.03).

O princípio do controle considera que nenhum exercício no Pilates é feito simplesmente por fazer. Cada movimento tem uma função, e o controle é sua essência (SILER, 2008). Ou seja, “Movimento e atividade sem controle levam a um conjunto de exercícios contraproducentes, sem objetivo [...] É por isso que eles frequentemente fazem com que as pessoas se machuquem” (PANELLI e DE MARCO, 2009 apud GALLAGHER e KRYZANOWSKA, 2000b, p.12).

O princípio do relaxamento se propõe a trabalhar sem tensionar excessivamente os músculos e diminuir os padrões de contração muscular (STANMORE, 2008), como ilustram Panelli e De Marco (2009), apud Winsor e Laska, (1999, p.22):

“Quando você está andando a cavalo, mais do que estar meramente guiando sentando no animal e observando se o cavalo está seguindo a trilha ou não. Você está segurando as rédeas seus ombros estão relaxados, mas prontos, seus pés estão fletidos nos estribos esperando pelo sinal, e você está pressionado com suas pernas. Em Pilates, este envolvimento de todo o corpo pode ajudar a dissipar a tensão física”.

Diante de tais compreensões, o MP diferencia-se de outras atividades físicas e funciona como instrumento de reabilitação por dar ênfase a todos os princípios supracitados. Por se tratar de exercícios que buscam o tensionamento e estiramento dos grupos musculares, em detrimento de força e potência, busca-se promover o alongamento ou relaxamento de músculos encurtados ou tensionados excessivamente e o fortalecimento ou aumento do tônus

daqueles que estão estirados ou enfraquecidos. Portanto, diminuem-se os desequilíbrios musculares que ocorrem entre agonistas e antagonistas que são responsáveis por certas alterações posturais e problemas ortopédicos e reumatológicos (RODRIGUES, 2009).

A melhora da postura é um dos pontos fortes do método. Além dos músculos do centro de força, é possível trabalhar os músculos estáticos e dinâmicos, profundos e superficiais, os quais são responsáveis pela manutenção da postura. Logo, uma vez reforçados, passam a ser utilizados de maneira correta, sem maior desgaste de energia. Além disso, por se tratar de uma atividade que não impõe desgaste articular e cujo número de repetições de cada exercício é reduzido, promove-se a prevenção e/ou tratamento de certas patologias, especialmente as ocupacionais (op.cit.).

Assim como em outras técnicas de reabilitação, os exercícios são prescritos individualmente de acordo com os objetivos a serem alcançados pela terapia, da mesma forma que a frequência com que devem ser realizados, especialmente porque os exercícios são realizados de acordo com a mecânica respiratória de cada um, tendo, portanto, durações diferentes para cada praticante (op.cit.).

A técnica de Pilates se divide em exercícios realizados no solo e em aparelhos (PIRES e SÁ, 2005), sendo realizados em diferentes posições (supino, prono, decúbito lateral, quadrúpede, sentado, ajoelhado, em pé) e evitando sempre o impacto ou a pressão sobre os músculos, articulações e demais tecidos, por meio do equilíbrio entre a contração muscular concêntrica e excêntrica (LIMA et. al., 2009). Todos eles favorecem o trabalho dos músculos estabilizadores enquanto que elimina a tensão excessiva dos músculos e compensações de movimentos envolvendo uma larga variedade de movimentos.

Os exercícios realizados em solo se caracterizam por ser de caráter educativo, ou seja, enfatizam o aprendizado da respiração e do centro de força. Já os exercícios realizados nos aparelhos envolvem uma larga possibilidade de movimentos, todos eles realizados de uma forma rítmica, controlada, associada à respiração e correção postural. A intensidade dos exercícios desenvolvidos nos equipamentos é fornecida através das molas que são classificadas através de cores diferentes que se classificam em preta, vermelha, verde, azul e amarela, em ordem decrescente de intensidade. Além de oferecerem resistência nos treinamentos, muitas vezes são usadas como assistência durante o movimento (PIRES e SÁ,

2005). Segundo Barra e Araújo, 2007 os aparelhos mais utilizados no método Pilates são: REFORMER, CHAIR, CADILLAC, BARREL.

O reformer foi o primeiro equipamento construído por Pilates. Caracteriza-se por ser em forma de cama e é composto por um carrinho deslizante e cinco molas (duas vermelhas nas extremidades, uma azul, verde e amarela no meio), barra alta e baixa que podem ser utilizadas em dois níveis de alavanca, perto (mais intenso) ou mais afastado (menos intenso), dos pés da cama; cordas que são utilizadas com alças nos pés ou de mãos (PIRES e SÁ, 2005). É o mais completo e versátil dos aparelhos, oferece diversas alternativas de trabalhos para membros superiores e inferiores (BARRA e ARAÚJO, 2007). O chair é um aparelho em forma de cadeira com duas molas de mesma intensidade, pedal antiderrapante e três pares de parafusos em escalas (alavancas) que favorecem o controle de carga (PIRES e SÁ, 2005). É um aparelho de pequenas dimensões, mas muito versátil. Excelente no fortalecimento da parte central do corpo possibilita ainda várias alternativas para trabalhos de membros inferiores e superiores (BARRA e ARAÚJO, 2007).

O cadillac possui duas barras de ferro fixas a um colchão, barra de trapézio, dois pares de alça de tornozelo e coxa ajustável, duas barras móveis - uma vertical e outra horizontal - e é utilizado para os exercícios aéreos (PIRES e SÁ, 2005). Possibilita realização de vários trabalhos de flexibilidade (BARRA e ARAÚJO, 2007). O barrel é um aparelho de degraus dispostos como em um espaldar com uma meia lua fixa à frente (PIRES e SÁ, 2005). É o único aparelho que não possui molas, e é muito utilizado para trabalhos abdominais, paravertebrais e para alongamento (BARRA e ARAÚJO, 2007).

4 METODOLOGIA

Este estudo é do tipo transversal e descritivo, pois, tem o objetivo de buscar informações apuradas a respeito de sujeitos, grupos, instituições ou situações, a fim de caracterizá-las e evidenciar um perfil (BREVIDELLI, 2009). É também analítica e com abordagem quantitativa, na qual os dados precisam ser quantificados por meio de instrumentos estatísticos, tanto na coleta quanto na análise, justificando tal abordagem

(RICHARDSON, 1999).

A fase de pesquisa bibliográfica deu-se a partir da consulta, seleção, leitura, fichamento e arquivamento de informações pertinentes ao tema em livros e artigos relacionados ao estudo. Em grande medida, lançamos mão da consulta eletrônica nas bases de dados integradas a Biblioteca Virtual em Saúde (www.bvs.br) no sistema de procura do Google Acadêmico (<http://scholar.google.com.br>) em dissertações, teses, livros, e artigos científicos revisados de editoras acadêmicas, bibliotecas e universidades.

Para a realização desta pesquisa foram, intencionalmente, pré-selecionados oito estúdios de Pilates do município de Campina Grande – PB, sendo considerados aqueles que tinham indivíduos idosos no seu quadro de alunos, objetivando alcançar uma amostra de aproximadamente 30 praticantes. Os critérios de inclusão foram: aceitar participar da pesquisa; ter idade mínima de 60 anos; praticar Pilates há no mínimo 10 sessões e com regularidade de, no mínimo, dois dias semanais. Critérios de exclusão: praticantes de Pilates há menos de 10 sessões e com menos de dois dias de regularidade semanais; apresentar déficits de compreensão e não ter disponibilidade para participação na pesquisa. Dos 30 idosos pré-selecionados, 17 obedeceram aos critérios de inclusão, os 13 demais não aceitaram participar da pesquisa e/ou foram irregulares nas aulas de Pilates, perfazendo um total de cinco estúdios visitados, dos oito pré-selecionados.

Foram aplicados dois questionários para a pesquisa de campo. O primeiro foi composto por 16 questões, sócio-econômicas e a prática do Pilates, dividido em duas partes. A primeira parte era pertinente aos dados sócio-demográficos e econômicos e a segunda versava sobre o método Pilates. O 2º questionário foi o WHOQOL-*bref* adaptado. O mesmo é uma versão reduzida do *World Health Organization Quality of Life Instrument 100* (WHOQOL-100) e é composto de 26 questões, sendo duas delas gerais de qualidade de vida e 24 representantes de cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original, o WHOQOL-100. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos de testes de campo em 20 centros de 18 países (FLECK, 2000). A versão brasileira do WHOQOL-*bref*, traduzida e validada pelo grupo de estudos em qualidade de vida da OMS no Brasil, foi a utilizada neste estudo.

O instrumento é composto por quatro domínios da qualidade de vida, sendo que cada domínio tem por objetivo analisar, respectivamente: a capacidade física, o bem-estar psicológico, as relações sociais e o meio ambiente onde o indivíduo está inserido. Além destes quatro domínios, o WHOQOL-*bref* é composto também por um domínio que analisa a qualidade de vida global (HWANG, 2003, FLECK, 2000). Cada domínio é composto por questões, cujas pontuações das respostas variam entre um e cinco. . Este instrumento consta de 26 questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

O cálculo dos escores do WHOQOL-*bref* segue a lógica estabelecida pelo THE WHOQOL GROUP, 1996. Estatisticamente os dados foram analisados através do programa Excel Microsoft, versão 2010. Nessa perspectiva, conclui-se que fora possível a disponibilização de uma ferramenta fidedigna para os cálculos dos escores e estatística descritiva do instrumento WHOQOL-*bref*, construída a partir de uma plataforma amplamente difundida e de menor complexidade de utilização (PEDROSO, et.al., 2010).

Ao aplicar o instrumento sócio-econômico foram coletadas amostras de diferentes faixas etárias, variando desde 61 anos de idade até os 90 anos. Logo, para uma melhor percepção dos índices de qualidade de vida atingidos, optou-se por agrupar a mesma em décadas (60-70; 70-80; 80-90). O mesmo procedimento foi escolhido para o questionamento acerca da renda mensal, no qual a mesma foi agrupada em categorias (I- R\$ 300,00-R\$ 600,00; II- R\$ 1.000,00-R\$ 1.500,00; III- 1.500,00-R\$ 3.000,00; IV- R\$ 3.000,00 - R\$ 5.000,00; V- acima de R\$ 5.000,00).

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, CAAE N° 0524.0.133.11, da Universidade Estadual da Paraíba, Paraíba, Brasil. Todos os indivíduos que aceitaram participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dados iniciais apresentados referem-se à caracterização da amostra que compôs o estudo transversal, descritivo e analítico da qualidade de vida de idosos praticantes do método Pilates no município de Campina Grande – PB. Os dados coletados e analisados mostraram que os idosos estudados são, na maioria, de alta renda e escolaridade. Quanto à renda mensal a maioria recebe acima de R\$ 5.000,00, 41,18% (7), 35,29% (6) recebem entre R\$ 3.000,00 e R\$ 5.000,00, 11,76% (2) entre R\$ 1.500,00 e R\$ 3.000,00. Uma minoria, 5,88%, embolsa entre R\$ 1.000,00 e R\$ 1.500,00 (1) e entre R\$ 300,00 e R\$ 600,00 (1), respectivamente. Quanto ao nível de instrução observou-se que 47,06% (8) dos entrevistados possuem nível superior completo, 5,88% (1) superior incompleto, 29,41% (5) ensino médio completo, 5,88% (1) ensino fundamental completo e 11,76% (2) ensino fundamental incompleto. A faixa etária predominante foi entre 60-70 anos, 47,06% (8), seguidos de 4 idosos (23,53%) entre 70-80 anos e 5 entre 80-90 anos, 29,41%.

Em relação ao gênero, o feminino representa a predominância na amostra pesquisada, 82,35% (14), com apenas 17,65% (3) do sexo masculino. 58,82% (10) da amostra possui estado civil casado (a), 6 (35,29%) são viúvos(as) e 1 divorciado, 5,88%. Na situação ocupacional a amostra apresentou-se mais heterogênea, pois 41,18% (7) são aposentados, mas 23,53% (4) ainda trabalham, 2 (11,76%) trabalham e são aposentados, 2 (11,76%) são aposentados e pensionistas e 2 (11,76%) são apenas pensionistas. Quanto à prática de atividade física 52,94% (9) responderam que praticam Pilates e caminhada, 11,76% (2) praticam Pilates e musculação e 35,29% (6) apenas Pilates.

A outra seção do questionário versava sobre questões específicas do método supracitado e ao serem perguntados como o conheceram 35,29% (6) disseram ter sido através de amigos ou familiares que já o praticavam, 5 idosos (29,41%) conheceram através de propagandas em geral, 17,65% (3) foram à procura através de indicação médica, 11,76% (2) através de filho(a) que é fisioterapeuta e 1 (5,88%) conheceu na academia de ginástica que já frequenta. Com relação ao tempo de prática a maioria já o faz há um ano, 29,41% (5), mas também foi entrevistada 1 (5,88%) pessoa que estava no início da prática, com 5 semanas, 2 com 2 meses (11,76%), 1 com 10 meses (5,88%), 2 com 11 meses (11,76%), 3 com 3 anos de prática, 17,65%, 2 (11,76%) com 4 anos e 1 (5,88%) com 5 anos.

Apesar do método Pilates necessitar de princípios para controle do corpo (concentração, respiração, fluidez, precisão, centralização, controle e relaxamento), quando investigados sobre alguma dificuldade inicial na prática apenas 1 (5,88%) idoso respondeu que

teve dificuldade para se adaptar ao método, os 16 demais afirmaram que não, 94,12%. A maioria, 88,24% (15) também revelou ter percebido algum tipo de mudança no corpo depois que começou a praticar o Pilates, tais como: articulações mais flexíveis, coluna vertebral mais firme, diminuição da circunferência abdominal, diminuição das dores musculares, melhor postura, melhor capacidade respiratória e diminuição da rigidez articular. Apenas 2, 11,76%, relataram não ter percebido mudanças. Por fim, a amostra deveria descrever qual a sensação pessoal ao término de cada sessão, e os adjetivos mais usados foram: bem-estar, mais disposição, alívio de dores no corpo, leveza, alongamento, melhor postura e respiração, maior segurança física, capacidade, integração, harmonia, paz interior, relaxamento, liberdade, tranquilidade, melhores movimentos.

Com o intuito de avaliar a qualidade de vida dos idosos, identificando a possível influência do Pilates na amostra, principal objetivo da pesquisa, foi aplicado o questionário de qualidade de vida, *WHOQOL-bref* adaptado, versão em português. A utilização do *WHOQOL-bref* neste estudo é justificada pela literatura, que mostra boa resposta do instrumento à qualidade de vida dos idosos e pela ausência de um instrumento validado para idosos e traduzido para o português com características tão abrangentes e de simples aplicabilidade (HWANG, 2003).

Segundo o estudo de Fleck, 2000, o *WHOQOL-bref* mensura a qualidade de vida de uma maneira global, sendo mais adequado para grupos como o utilizado neste trabalho – idosos saudáveis. Assim, torna-se importante avaliar os diferentes aspectos e/ ou domínios de cada questionário para se conhecerem quais são os possíveis benefícios a serem alcançados em programas de intervenção para idosos de forma mais abrangente.

Na análise dos dados do *WHOQOL -bref*, a tabela 1 ilustra a média específica obtida em cada domínio, onde observa-se que o domínio psicológico foi o que obteve maior escore, 76,47%, seguido dos domínios físico (72,05%) e meio ambiente (71,51%) com escores bem aproximados, respectivamente. O domínio que revelou um menor índice de qualidade de vida foi o social, com 46,08%. Na média geral dos 4 domínios, o índice alcançado pelos 17 idosos entrevistados foi 66,53% de qualidade de vida.

Tabela 1- MÉDIA DOS DOMÍNIOS

Domínio 1 - Físico	72,05 %
Domínio 2 - Psicológico	76,47 %
Domínio 3 – Relações sociais	46,08 %
Domínio 4 – Meio-ambiente	71,51%

Fonte: Dados da pesquisa, 2011

O domínio psicológico avalia os aspectos relacionados a sentimentos positivos ou negativos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, espiritualidade/religiosidade/crenças (TAMAI, et.al., 2011). Nesta pesquisa foi o índice que obteve maior pontuação. Algumas hipóteses para tal podem se enquadrar nesta questão ao observar dados relevantes: a maior parte da amostra tem alguma religião, 94,12% (16), e apenas um sujeito afirma que consegue um nível de ‘muito pouco’ concentração. Segundo Neri, 2004, o bem-estar subjetivo - caracterizado por afetos positivos, bem-estar, satisfação, felicidade - não declina com a idade, sendo a esfera psicológica a menos afetada de acordo com a faixa etária.

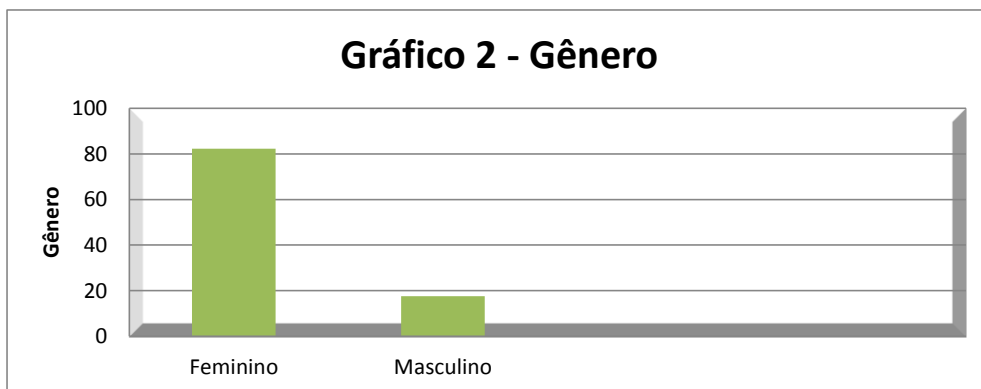
O domínio físico avalia os aspectos relacionados à dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, além da capacidade para a realização de trabalho pessoal (TAMAI, et.al., 2011). A melhora observada nesse domínio pode estar relacionada a uma série de fatores, tais como: 64,71% (11) da amostra avaliaram que a dor física não o impedem em nada de fazerem o que precisam, já que além de praticarem o Pilates alguns idosos o associam com exercícios de caminhada e musculação. O mesmo percentual da amostra revelou ter muita energia para o seu dia-a-dia e estar satisfeita com seu sono. Este achado não corrobora com valores encontrados no estudo de Chepp, 2006, no qual o domínio físico obteve o pior score, num estudo transversal da qualidade de vida através da escala *whoqol-bref* da população octogenária e nonagenária de Siderópolis. Por outro lado, estudos acadêmicos comprovam que um programa de atividade física para os idosos favorece a melhoria da aptidão física, do domínio corporal, da autoestima e da capacidade funcional, além de ampliar as relações

sociais, diminuindo a chance de surgimento de doenças psicossociais como a depressão (BORGES, 2006).

O domínio meio ambiente avalia os aspectos relacionados à segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade), oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação/oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte (TAMAI, et.al., 2011). Este domínio obteve um valor muito aproximado ao domínio anterior, já que 64,71% (11) dos idosos afirmaram estar seguros em sua vida diária e muito satisfeitos com as condições do local onde moram. Um percentual de 76,47% (13), informaram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com seu acesso aos serviços de saúde.

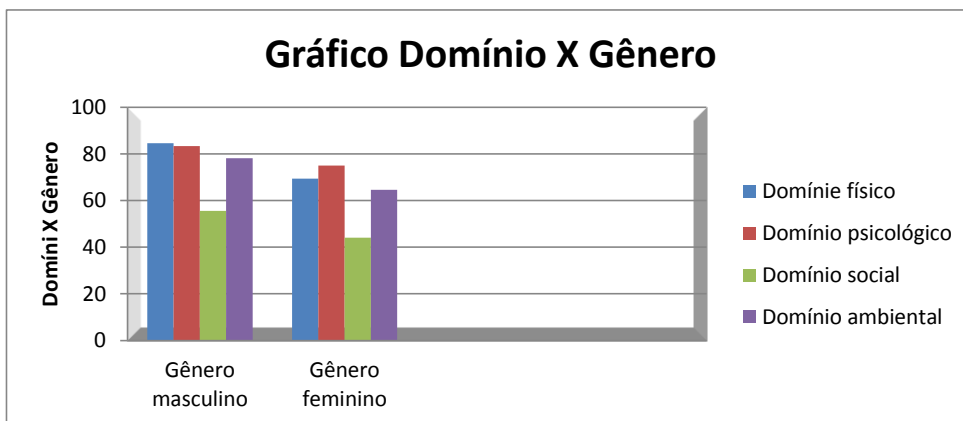
O domínio relações sociais avalia os aspectos envolvidos nas relações pessoais, suporte social e atividade sexual (TAMAI, et.al., 2011). Tal domínio obteve 46,08% de pontuação, entretanto, a questão que abordava sobre a atividade sexual não foi questionada (WHOQOL-*bref* adaptado), por considerar que tal questão poderia causar algum constrangimento junto a população idosa, devido ao tabu que cerca o sexo, sobretudo, entre as gerações anteriores. De uma maneira geral este domínio não influenciou tanto no valor da média dos 4 domínios, que foi de 66,53%, já que 47,06% (8) da amostra revelou estar satisfeita com suas relações pessoais e outros 8 idosos utilizaram o maior escore, ‘muito satisfeito’ e apenas 1 (5,88%) revelou estar ‘nem satisfeito nem insatisfeito’. Quanto ao apoio que recebem dos amigos, 64,71% (11), revelou estar ‘satisfeito’.

A fim de inferirmos a possível influência da qualidade de vida em associação aos gêneros, apresentamos os dados coletados acerca dos aspectos relativos a tais variáveis. O estudo apresentou uma predominância de mulheres, como mostra o gráfico 2, uma vez que apresentam maior disponibilidade de aderirem a grupos de atividades. Tem sido constatado que as mulheres comparecem mais a consultas médicas e apresentam maior facilidade para seguir recomendações médicas de cuidados à saúde’ (VERAS, 1987). Esse fato pode dificultar a generalização dos resultados aos homens; todavia, considerando que ambos os gêneros enfrentam o processo de envelhecimento com algumas analogias, como diminuição da capacidade funcional, alguns aspectos da qualidade de vida também coincidem, portanto esperam-se alguns resultados semelhantes após programas de intervenção.



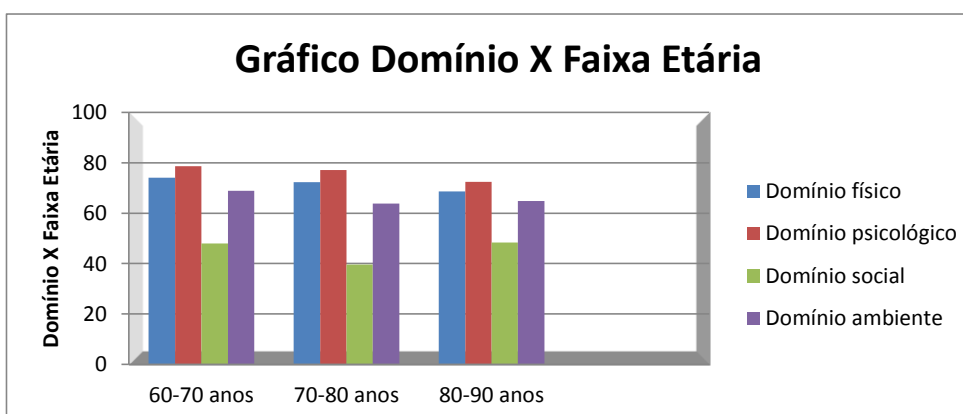
Fonte: Dados da pesquisa, 2011

De acordo com (HAUG; FOLMAR, 1986), a mulher experimenta uma qualidade de vida inferior em todos indicadores utilizados. As mulheres são mais propensas a sofrer com a falta de apoio e por viver sozinhas, com o decréscimo na saúde, o que indica uma qualidade de vida inferior. Os dados desse estudo apontam que 35,29%, seis idosas da amostra são viúvas. Para os autores supracitados, também ocorrem diferenças por gêneros quanto às aflições psicológicas, mostrando que as mulheres idosas apresentam maior tendência a possuir múltiplos sintomas, como depressão e ansiedade, do que os homens. Este fato corrobora com os resultados encontrados nesta pesquisa, como evidencia-se no gráfico DOMÍNIOS X GÊNEROS, no qual o gênero masculino obteve o maior índice de qualidade de vida, 76,62 %, e as mulheres atingiram 63,27%.



Fonte: Dados da pesquisa, 2011

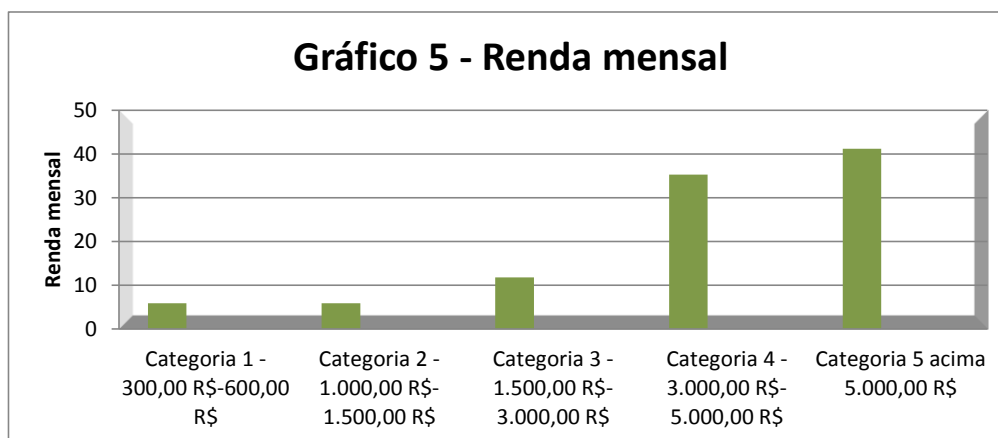
Com relação ao índice de qualidade de vida em associação às faixas etárias, comprovou-se que os idosos entre 60-70 anos obtiveram um maior escore (67,40%), na média dos quatro domínios, seguidos da amostra da faixa etária entre 80-90 anos (63,57%), e por último, 63,20%, para os idosos de 70-80 anos, como aponta o gráfico DOMÍNIOS X FAIXAS ETÁRIAS, revelando-se uma inversão na cronologia das décadas em relação ao declínio e/ou elevação da qualidade de vida à medida que a idade avança.



Fonte: Dados da pesquisa, 2011

Em um estudo com idosos acima de oitenta anos, (XAVIER et al, 2003), observou que 57% dos participantes da pesquisa avaliaram sua qualidade de vida como positiva, ao passo que 18% a classificaram como negativa. Em nosso estudo, uma possível hipótese explicativa para o fato de não se observar influência da idade na qualidade de vida pode ser o fato de que apenas 29,41% (5) dos idosos analisados tinham idade superior a 80 anos; outra hipótese explicativa pode ser o fato de que os idosos praticantes de Pilates do município de Campina Grande - PB preservam uma atividade física regular, além da prática do Pilates, como caminhada e musculação. Conforme relatado por (PASCHOAL, 2002), apesar de o avanço da idade aumentar a chance de ocorrência de doenças e de prejuízos à funcionalidade, se o idoso envelhecer com autonomia e independência, saúde física adequada, além de desempenhar papéis sociais, a qualidade de vida deste indivíduo possivelmente será muito boa.

Quanto à renda mensal a maioria sinalizou que esta se concentrava acima de R\$ 5.000,00, 41,18% (7), seguidos de 6 idosos (35,29%) que recebem entre R\$ 3.000,00 e R\$ 5.000,00. Apenas 5,88% (1) embolsam entre R\$ 1.000,00 e R\$ 1.500,00 e 1 (5,88%) entre R\$ 300,00 e R\$ 600,00, como apresenta-se no gráfico 5. Segundo Jakobsson et al., 2004, os rendimentos estão frequentemente diminuídos entre os idosos, o que não caracteriza esta amostra, sendo os fatores socioeconômicos importantes na vida diária e na qualidade de vida deste grupo populacional. Ainda segundo estes autores, uma boa situação socioeconômica mostra-se associada à melhor qualidade de vida. A independência financeira é um relevante elemento de positividade da velhice por parte do idoso, quando ele redefine o seu papel social, que muitas vezes é tirado do idoso pobre e dependente. Quando este é uma pessoa que conquistou sua independência financeira, ele constrói uma visão da velhice como uma fase normal, no qual existem mais conquistas do que perdas.

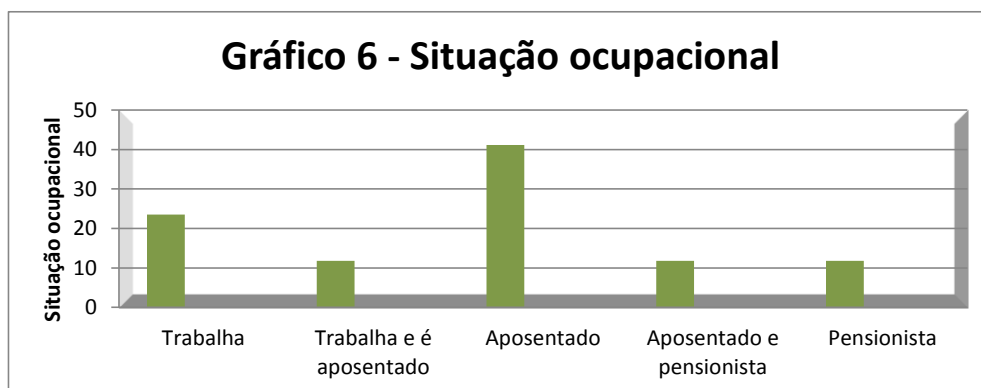


Fonte: Dados da pesquisa, 2011

Uma das características do envelhecimento populacional no final do século XX e início do século XXI é a maior inserção do idoso no mercado de trabalho, o que pode representar a capacidade dele se manter ativo, com maior integração social, mas também pode estar relacionado à necessidade de complementação de renda pelo baixo valor de sua aposentadoria ou por não ter direito a ela (WANJNMAN, et.al., 2004). A aposentadoria oficial é a principal fonte de sobrevivência das pessoas idosas, ainda que ela não seja suficiente para atender suas necessidades básicas. Devido às graves desigualdades na distribuição de renda no país, muitos idosos vivem em extrema pobreza, enquanto outros, para não ver reduzido o seu padrão de vida, são forçados a prolongar sua permanência no mundo do trabalho, ou conforme o caso, obrigados a retornar às atividades laborais para garantir condições mínimas de sobrevivência (FERNANDEZ e MENEZES, 2001).

Ao quantificar a situação ocupacional da amostra em questão constatou-se que a maioria é aposentada, 41,18% (7), porém estes avaliaram como médio ou muito o grau de suficiência de dinheiro para satisfazerem suas necessidades. Até mesmo os que ainda trabalham, os que trabalham e também são aposentados, os que são aposentados e pensionistas e apenas os pensionistas, relataram tal nível de satisfação com sua renda mensal, justificando que possuem quantia suficiente para além de suas necessidades básicas, não se enquadrando no perfil da maioria dos idosos citados pelos autores supracitados. É importante destacar que ter uma atividade laboral deveria ser uma opção para o idoso manter-se ativo e capaz para o mercado de trabalho e não uma obrigação para complementação do orçamento

doméstico. As situações ocupacionais encontram-se distribuídas e quantificadas no gráfico 6 abaixo.



Fonte: Dados da pesquisa, 2011

Ultimamente tem sido dada grande ênfase para a ação benéfica do estilo de vida sob o envelhecimento, com a prática regular de atividade física, dieta adequada, para a moderação na ingestão de bebidas alcoólicas, para a cessação do hábito de fumar (PONTES, 2002). O exercício físico é capaz de promover melhora no equilíbrio, na coordenação e agilidade de idosos (SILVA et al., 2008), gerar reduções significativas na pressão arterial e frequência cardíaca de repouso (KRINSKI et al., 2006), prevenir e reduzir os sintomas depressivos (MORAES et al., 2007), melhorar a saúde mental (COELHO et al., 2009) e diminuir o risco de demência (BENEDETTI et al., 2008), dentre muitos outros benefícios.

Diversos estudos epidemiológicos vêm mostrando que indivíduos fisicamente ativos tendem a viver mais e melhor do que os sedentários e que a atividade física pode funcionar como parte da estratégia no tratamento e controle de doenças e agravos não transmissíveis, cujo aparecimento se intensifica com o aumento da idade. A atividade física também é essencial para a manutenção das funções do aparelho locomotor, altamente relacionado com o desempenho das atividades da vida diária e com o grau de independência e autonomia do idoso (MIYASIKE-DA-SILVA, et al., 2002, 2003). Logo, visando manter um condicionamento físico que incorpore o corpo e a mente, a amostra desta pesquisa revelou elevado índice de satisfação com o método Pilates para a melhoria de sua qualidade de vida,

usando alguns adjetivos para descreverem a sensação pessoal ao término de cada sessão, tais como: bem-estar, mais disposição, alívio de dores no corpo, leveza, alongamento, melhor postura e respiração, maior segurança física, capacidade, integração, harmonia, paz interior, relaxamento, liberdade, tranquilidade, melhores movimentos.

Ao ser praticado pela população idosa, o Pilates melhora a força e a mobilidade, que geralmente estão alteradas devido a presença de doenças degenerativas, como a artrite. O método também auxilia na manutenção da pressão arterial, além de influenciar na calcificação óssea. Estes benefícios foram encontrados por Kopitzke (2007), que através da aplicação do método, aliada ao uso de medicação apropriada, conseguindo alterar o diagnóstico de uma paciente de osteoporose para osteopenia após um ano de tratamento.

Os equipamentos e acessórios utilizados no método podem fornecer os ajustes do comprimento das alavancas, a variação da base de suporte e a assistência até a resistência do movimento (LANGE, et. al., 2000), beneficiando a maioria dos pacientes que são proibidos de participar de programas de exercícios convencionais, já que os exercícios podem ser feitos no ritmo do paciente e com progressão proporcional ao desempenho apresentado (MALLERY, et.al., 2003).

A prática do Pilates oferece reforço para os componentes musculares básicos, como força, flexibilidade e resistência, tanto é que ao questionar os idosos sobre a percepção de mudanças no próprio corpo após a prática do método 88,24% (15) referiram terem percebido algumas diferenças, como: articulações mais flexíveis, coluna vertebral mais firme, diminuição da circunferência abdominal, diminuição das dores musculares, melhor postura, melhor capacidade respiratória, diminuição da rigidez articular. Além disso, destaca-se a constante promoção de estímulos proprioceptivos que o praticante recebe ao respeitar princípios como concentração, precisão e controle, permitindo simular movimentos funcionais, facilitando ou desafiando o trabalho dinâmico em uma postura correta (SEGAL, et. al., 2004; SILVA, et.al., 2008).

Destacando em especial o princípio da concentração do método, pudemos quantificar que 76,47 % (13) da amostra respondeu na aplicação do *WHOQOL-bref*, que conseguem se concentrar ‘mais ou menos’ ou ‘bastante’, um aspecto relevante para os idosos, cuja capacidade de concentração nem sempre é benéfica. No Pilates, a instrução verbal dirige a

atenção do indivíduo para certos aspectos do desempenho da habilidade e a mentalização de imagens cria estrutura física de referência para o corpo seguir.

Ao solicitar imagens mentais desencadeia-se o sistema inato de sinalização do corpo. As imagens são orientadas pelo cérebro e provocam reação muscular instintiva em busca da melhor *performance* (SILER, 2008; PANELLI e DE MARCO, 2009). Isso implica treinar o indivíduo para lembrar mentalmente a sequência do movimento antes de realizá-lo, concentrar a atenção em cada etapa do movimento durante sua execução, dividir a atividade motora em partes e manter sequências curtas de movimento, evitando movimentos simultâneos (MAGILL, 2000). Ratificando o quanto a interação mente e corpo é reforçada com a prática do método e, sobretudo, o quão pode ser eficaz estimular e desenvolver atividades para os idosos em uma perspectiva ampliada.

6 CONCLUSÃO

A avaliação do estado de saúde está diretamente relacionada à qualidade de vida, influenciada pelo gênero, escolaridade, idade, condição econômica e presença de incapacidades (LEBRÃO e LAURENTI, 2003). A expressão "qualidade de vida" tem várias vertentes, que compreendem desde um conceito popular, amplamente utilizado na atualidade - em relação a sentimentos e emoções, relações pessoais, eventos profissionais, propagandas da mídia, política, sistemas de saúde, atividades de apoio social, dentre outros -, até a perspectiva científica, com vários significados na literatura médica (GILL e FEISNTEIN, 1994), mas a qualidade de vida na velhice não é um atributo do indivíduo biológico, psicológico ou social, nem responsabilidade individual, mas sim, um produto da interação entre as pessoas vivendo numa sociedade em mudanças, pois o conceito de saúde no idoso é abrangente e não se restringe à presença ou ausência de doença ou agravo e é estimada pelo nível de independência e autonomia. A avaliação do idoso deve ser multidimensional, levando-se em conta o bem estar biopsicossocial e a necessidade de ações integradas da equipe multidisciplinar.

A aplicação do WHOQOL-*bref* permitiu mensurar um elevado nível de qualidade de vida dos idosos praticantes de Pilates no município de Campina Grande – PB. É visível que uma confortável situação econômica somada a um suficiente grau de instrução transforma o nível de consciência desses idosos, transformando-os em indivíduos bem esclarecidos acerca da importância de uma prática de atividade física para uma velhice mais ativa e agradável.

O preparo dos futuros idosos envolve questões individuais e envolve também políticas públicas voltadas para a melhor compreensão desta fase da vida, permitindo que os conceitos e pré-conceitos hoje existentes sejam modificados. Assim, destaca-se a relevância científica e social de se investigar as condições que interferem no bem-estar na senescência e os fatores associados à qualidade de vida de idosos, no intuito de criar alternativas de intervenção e propor ações e políticas na área da saúde, buscando atender às demandas da população que envelhece.

A prática do Pilates, infelizmente, ainda é uma atividade ao alcance de pessoas que possuem um alto poder aquisitivo. Até o momento de finalização deste artigo não foram evidenciadas pesquisas que revelem algum tipo de trabalho voluntário de fisioterapeutas ou educadores físicos, profissionais habilitados para tonarem-se instrutores da técnica, com qualquer tipo de população, sobretudo as de menor poder aquisitivo. Um possível argumento da não abrangência para as várias categorias sociais, é o alto investimento na formação dos instrutores e na aquisição de equipamentos.

ABSTRACT

With the intention of raise the rates to a better quality of life in old age, the practice of physical activity and the diversification and adaptation to the elderly, beyond the addition to fighting the sedentary lifestyle, contributes significantly to the maintenance of physical fitness, both within the health and functional abilities. The Pilates Method comes in addition of physical activities to be a full program of physical and mental conditioning in a wide orbit of potential exercises. As objective it aimed to examine aspects of quality of life of elderly practicing of Pilates in some studios of the Campina Grande-PB. The study was a transversal, descriptive and analytical. In this research were intentionally preselected eight Pilates studios in the city of Campina Grande – PB, who had elderly people in. From 30 pre-selected elderly, 17 obeyed the inclusion criteria, on a total of five studios visited. For the collection of data were applied two questionnaires, one consisting of 16 questions concerning socio-economic data and the practice of Pilates and adapted WHOQOL-*bref*. The psychological domain had the highest score (76.47%), followed by the physical (72.05%) and environment (71.51%). The domain that showed a lower index of quality of life was social, with 46.08%. On the average of the four areas, the rate achieved was 66.53% quality of life. The WHOQOL-BREF allowed to

measure a high level of quality of life of older practitioners of Pilates in Campina Grande-PB. It is noticeable that there is a comfortable economic situation coupled with a sufficient level of education, which influences the awareness of older people, turning them into well-informed individuals about the importance of physical activity to a more active and independent old age. The practice of Pilates, unfortunately, is an activity available to people who have a high purchasing power.

KEYWORDS: Elderly. Quality of life. Pilates Method.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, P.M; MOCHEL, E.G.; OLIVEIRA, M.S.S. O idoso pelo próprio idoso: Percepção de si e de sua qualidade de vida. **Rev. Kairós Gerontologia**, v.13(2), mar, 99-113, 2011.
2. BARRA, Bruno Sibilio; ARAÚJO, Willian Batista. **O efeito do método Pilates no ganho da flexibilidade**. Linhares, 2007. 37 f.. Monografia (Bacharelado em Educação Física). Faculdade de Ciências Aplicadas “sagrado coração” – Unilinhaires.
3. BARROS, M.M.L. Testemunho de vida: um estudo antropológico de mulheres na velhice. In: **Velhice ou terceira idade?** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998. p.113-68.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica, n.19.
5. BENEDETTI, T. R. B., et al. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p.302-307, 2008.

6. BREVIDELLI, Maria Meimei, et al. **TCC – Trabalho de Conclusão de Curso: guia prático para docentes e alunos da área de saúde**. 3 ed. São Paulo: Iátria, 2009.

7. BRITTO DA MOTTA, A. Sociabilidades possíveis : idosos e o tempo geracional. In: PEIXOTO, C. E, organizador. **Família e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004. p.109-44.

8. BORGES, G. F. **Nível de atividade física, capacidade funcional e qualidade de sono de idosos**. 2006. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

9. CHEPP, Camila Cecin. **Estudo transversal da qualidade de vida através da escala whoqol-bref da população octogenária e nonagenária de Siderópolis**. Criciúma, 2006. 52 f.. Trabalho de conclusão de curso (Medicina). Universidade do Extremo Sul Catarinense.

10. CRAIG, Colleen.. **Pilates com a bola**. 2ed. São Paulo: Phorte, 2004.

11. COELHO, F. G. M. et al., Atividade física sistematizada e desempenho cognitivo em idosos com demência de Alzheimer: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, n. 2, p.163-70, 2009.

12. CURI, Vanessa Sanders. **A influência do Método Pilates nas atividades de vida diária de idosos**. Rio Grande do Sul, 2009. 53f.. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica). Pontífica Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

13. FERNANDEZ, J.C., MENEZES, W.F. O idoso no mercado de trabalho: Uma análise a partir da região metropolitana de Salvador. **Rev. Econ. Nordeste**, v. 32 (1), p.52-67, jan.-mar. 2001.

14. FLECK, M.P.A, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Públ.** 34(2):178-83, 2000.

15. Gill T, FEISNTEIN A. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. **JAMA**, 272(8):619-26, 1994.
16. HAUG, Marie R., FOLMAR, Steven J. Longevity, gender, and life quality. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 27, p.332-345, dez. 1986.
17. HWANG, H.F., et.al. Suitability of the WHOQOL-Bref for community-dwelling older people in Taiwan. **Age Ageing**, v. 32(6), p. 593-600, 2003.
18. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores Sóciodemográficos e de Saúde no Brasil**. 2009. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf> Acesso em 17/08/2011.
19. IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira**. 2010. Disponível em <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/sintese_indic/indic_sociais2009.pdf>. Acesso em 17/06/2011.
20. JAKOBSSON, U. et. al. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. **Qual Life Res**. 2004;13(1):125-36.
21. JANUÁRIO, R.S. B. et al. Qualidade de vida em idosos ativos e sedentários. **ConScientiae Saúde**. v.10, fev., 112-121, 2011.
22. LEBRÃO, M.L., LAURENTI, R. Condições de saúde. In: Lebrão ML, Duarte YAO. **SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento**. O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p. 73-91.

23. KOPITZKE, R. Pilates: A fitness tool that transcends the ages. **Rehab Manag.** 20(6), p.28-31, 2007.

24. KRINSKI, K., et. al., Efeito do exercício aeróbico e resistido no perfil antropométrico e respostas cardiovasculares de idosos portadores de hipertensão. **Acta Scientiarum Health Science**, v. 28, n.1, p.71-75, 2006.

25. LANGE, C., et al., Maximizing the benefits of Pilates-inspired exercise for learning functional motor skill. **J Bodyw Mov. Ther.** 4(2), p. 99-108, 2000.

26. LIMA, M. C. C. et al. Doença de Parkinson: alterações funcionais e potencial aplicação do método Pilates. **Geriatrics & Gerontologia**, v.3(Supl 1): 33-40, 2009.

27. MAGILL, R.A., **Aprendizagem motora: conceitos e aplicações.** 5 ed. São Paulo: Edgard Blücher, 2000.

28. MALLERY, L.H., et. al., The feasibility of performing resistance exercise with acutely ill hospitalized older adults. **BMC Geriatric.** 3(3), 2003.

29. MIYASIKE-DA-SILVA, V., VILLAR, R.; ZAGO, A. S., POLASTRI, P. F., GOBBI, S. Nível de agilidade em indivíduos entre 42 e 73 anos: efeitos de um programa de atividades físicas generalizadas de Intensidade moderada. **Revista Brasileira de Ciência do Esporte**, v. 23, n. 3, p. 65-79, 2002.

30. MIYASIKE-DA-SILVA, V., GONÇALVES, C. T., SILVA, J. J., GOBBI, L. T. B. Mobilidade de idosos em ambiente doméstico: efeitos de um programa de treinamento específico. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 8, n. 1, p. 5-19, 2003.

31. MONTEIRO, Dulcinéia da Mata Ribeiro. **Depressão e envelhecimento: Saídas criativas.** 1ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

32. MORAES, H. et al., O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, n. 1, p. 70-79, 2007.

33. NASRI, Fábio. O envelhecimento populacional no Brasil – Demografia e epidemiologia do envelhecimento. **Einstein**, São Paulo, v.6(Supl 1): S4-S6, 2008.

34. NERI, Anita Liberalesso. Qualidade de vida na velhice. In: REBELLATO, José Rubens; MORELLI, José Geraldo da Silva. **Fisioterapia Geriátrica: a Prática da Assistência ao Idoso**. São Paulo: Ed. Manole, 2004.

35. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da saúde. 2005.

36. PANELLI, Cecilia; DE MARCO, Ademir. **Método Pilates de condicionamento do corpo**. 2ed. São Paulo: Phorte, 2009.

37. PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. **Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião**. São Paulo, 2000. 263f.. Dissertação (Mestrado em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

38. PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, Elizabete Viana. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2002.

39. PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. **Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico**. São Paulo, 2004. 245f.. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

40. PEDROSO, B. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. **Rev. Bras. Qualidade de Vida**. v.02(1), jan/jun, 2010.

41. PEREIRA, K.C.R.; ALVAREZ, A.M.; TRAEBERT, J.L. Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 14(1), 85-95, 2011.
42. PEREIRA, Luciani Lima. **Método Pilates e psicossomática: uma abordagem integral do ser humano**. Porto Alegre, 2009. 16f..Monografia (Especialização em Psicossomática) - Programa de pós-graduação Lato Sensu da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.
43. PIRES, Daniela Cardoso; SÁ, Cloud Kennedy Couto de. Pilates: Notas sobre Aspectos Históricos, Princípios, Técnicas e Aplicações. **Revista Digital**, n.91, Ano 10, Buenos Aires, dez, 2005.
44. PONTES, José Ribeiro. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. et al. **Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2002. p.03-12.
45. RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, **Cad. Saúde Pública**, v. 19(3), mai/jun, 793-798, 2003.
46. RIBEIRO, Adalgisa Peixoto. **Repercussões das quedas na qualidade de vida de mulheres idosas**. Rio de Janeiro, 2006.130f..Dissertação (Mestrado em Ciências) - Curso de pós- graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz.
47. RICHARDSON, Roberto J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999. 334 p.
48. RODRIGUES, B.G.S. et al. Anatomia funcional de idosas praticantes de Pilates. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 17(4), out/dez, 300-305, São Paulo, 2010.
49. RODRIGUES, Brena Guedes de Siqueira. **Método Pilates: Uma nova proposta em reabilitação física**, 2009. Disponível em <<http://www.efisioterapia.net/articulos/imprimir.php?id=178&p=pilates.pdf>> Acesso em 22 de agosto de 2011.

50. SANTOS, Ana Filipa Alves. **Qualidade de vida e solidão na terceira idade**. Porto, 2008.92f.. Monografia (Licenciatura em Psicologia) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa.

51. SANTOS, S.R.; SANTOS, I B.C.; FERNANDES, M.G.M.; HENRIQUES, M.E.R.M. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, v 10(6), nov/dez, 757-64, 2002.

52. SEGAL, N.A., HEIN, J., BASFORD, J.R. The effects of Pilates training on flexibility and body composition: an observational study. **Arch Phys Med Rehabil**.85(12):1977-1981, 2004.

53. SILER, Brooke. **O corpo Pilates**. 1ed. São Paulo: Summus, 2008.

54. SILVA, A. et al. Equilíbrio, Coordenação e Agilidade de Idosos Submetidos à Prática de Exercícios Físicos Resistidos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 14, n. 2, p. 88-93, 2008.

55. SILVA, C. L.G.S.; MANNRICH, G. Pilates na reabilitação: uma revisão sistemática. **Fisioter. Mov.**,v. 22, n.3, jul/set, 449-455, 2009.

56. STANMORE, Tia. **Pilates para as costas**. 1ed. Barueri-SP: Manole, 2008.

57. TAMAI, S.A.B., et.al., Impacto de um programa de promoção da saúde na qualidade de vida do idoso. **Einstein**. 9(1 Pt 1), p.8-13, 2011.

58. THE WHOQOL GROUP. **WHOQOL-bref**: introduction, administration, scoring and generic version of assessment. Geneva: World Health Organization, 1996.

59. TRENTINI, Clarissa Marcelli.. **Qualidade de vida em idosos**. Porto Alegre, 2004. 224f..Tese (Doutorado em Psiquiatria) – Programa de pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

60. VERAS, RP. et al. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Rev Saúde Públ.** 21(3), p.225-33, 1987.

61. VIEIRA, Eliane Brandão. **Manual de Gerontologia:** Um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares. 2ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

62. XAVIER, Flavio M. et al. Elderly people's definition of quality of life. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 25, n.1, p. 31-39, 2003.

63. WANJNMAN, S., OLIVEIRA, A.M., OLIVEIRA, E. Os idosos no mercado de trabalho: tendências e conseqüências. In: **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

