UNIVESIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS

RAFAEL MONCIOZO MONTIVERDI

TREKKING:
possibilidades de intervenção de atividade física para idosos

Vitória
2021

RAFAEL MONCIOZO MONTIVERDI

TREKKING:
possibilidades de intervenção de atividade física para idosos

Trabalho apresentado para o centro de educação física e deportos,
Pela Universidade Federal do Espírito Santo.

Orientador: Dr Danilo Sales Bocalini

VITÓRIA

2021

SUMÁRIO

TÍTULO DO PROJETO	04
RESUMO	04
PROBLEMATIZAÇÃO	04
OBJETIVOS	05
METODOLOGIA	05
DESENVOLVIMENTO	06
O TREECKIN	06
O ENVELHECIMENTO E O TREKKING	07
CONCISERAÇÕES FINAIS	14
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	15

Trekking: possibilidades de intervenção de atividade física para idosos

Resumo: O envelhecimento é um considerado um fenômeno mundial com possibilidade de repercussões de ordem social, cultural e biológicas, afetando de maneira importante as condições de assistência ao idoso. Sabe-se que a caminhada é considerada uma atividade bem tolerada pela população idosa e recomendada pela comunidade medica, contudo, considerando que a modalidade treckking pode ser uma alternativa para pratica de atividade física, o objetivo desse estudo foi através de um ensaio dissertar sobre aplicações da modalidade trekking em idosos apresentando indagações sobre a possibilidade de sua utilização como uma opção de modalidade de atividade física para idosos. Através da proposta metodológica de revisão de literatura. Os principais pontos emergidos com o estudo apontam a atividade física como fator preponderante para a qualidade de vida do idoso, possibilitando considerar que a prática do Trekking para a população idosa pode ser um caminho adequado quanto a custos, acessibilidade e benefícios para sua saúde. Além disso, é possível considerar a possibilidade de impactar parâmetros biológicos, sociais e psicológicos com a pratica atenuando processo de envelhecimento.

Palavras chaves: caminhada, atividade outdoor, independência funcional, envelhecimento

Problematização

O envelhecimento da população brasileira está relacionado a um fenômeno mundial (IPEA,2002) com concomitantes alterações biopsicossociais (SILVA,2015). Estima-se que o número de idosos já passou de três milhões em 1960 para 20 milhões em 2008 com perspectivas de aumento ainda maior para 2020 (WONG et al 2006). A explicação para este aumento encontra-se respaldado na maior taxa de sobrevida, diminuição da taxa de natalidade e melhora das condições de acesso à saúde tanto no campo da prevenção quanto do tratamento (IBGE,2002).

O fenômeno envelhecimento e associado a inúmeras condições biológicas das quais destacamos as modificações presentes em parâmetros de aptidão física. (OKUMA,1998). Estudos (CHODZKO-ZAJKO et al., 2009; RIKLI & JONES, 1999;

MATSUDO et al., 2001) apresentam que elevado IMC está associado a baixa na mobilidade funcional comprometendo o a independência do idoso. Adicionalmente, fatores como inatividade física presente nesta população esta associada a maior risco de desenvolvimento de doenças crônicas bem como perda progressiva de capacidade funcional, prejudicando até mesmo simples atividades do cotidiano (BASSUK et al. 2003; BOCALINI et al. 2008a; BOCALINI et al. 2010a).

Dessa maneira, é compreensivo considerar que o estilo de vida da população idosa está associado a diferentes desfechos seja clinico como motor (RIBEIRO,2008). Nesta perspectiva a prática de atividade física é considerada uma estratégia importante na atenuação das modificações naturalmente associadas ao processo de envelhecimento (ACSM,1998). Dentre as adaptações destacam-se melhora da função pulmonar e cardiovascular, além de ganhos da aptidão funcional (BOCALINI et al. 2008b; BOCALINI et al.2008b; BOCALINI et al. 2010; FRANCHI et al. 2008; HAGBERG et al. 1989; NOBREGA et al. 1999), auxiliando ainda numa sensível diminuição do quadro de ansiedade e depressão (SOUZA et. al. 2012), distúrbios osteo-metabólicos (BOCALINI et al. 2010b).

Sabendo que a caminhada já é considerada uma atividade bem tolerada pela população idosa, bem como indicada pela classe medica o presente trabalho revisitou a literatura e utilizando com base na análise da revisão de literatura objetivou através de um ensaio dissertar sobre aplicações da modalidade trekking em idosos.

Objetivo

Apresentar indagações sobre a possibilidade da utilização do trekking como uma opção de modalidade de atividade física para idosos.

Metodologia

O presente estudo utilizou como proposta metodológica a revisão bibliográfica, ou revisão da literatura, que em concordância com TRENTINI e PAIM (1999) é uma análise crítica, meticulosa e ampla das publicações correntes em uma determinada área do conhecimento. Além disso, esta proposta procura explicar e discutir um tema com base em referências teóricas publicadas em livros, revistas, periódicos, além de buscar também, conhecer e analisar conteúdos científicos sobre determinado tema (MARTINS, 2001). Neste estudo optamos através de uma revisão

narrativa, sendo uma proposta imparcial permitindo o relato de outros estudos a partir da compreensão do pesquisador sobre outros (SILVA et al. 2002).

Desenvolvimento

O trekking

Etimologicamente a palavra trekking advém do sul-africano, e denota, “seguir um trilho”, é também denominado de percurso “pedestre” feito a pé. Acredita-se que a proposta surgiu durante o século XIX quando os holandeses colonizaram a África do Sul. O termo era utilizado para se referir à resistência física e ao sofrimento, pois a caminhada era o único meio de locomoção naquela época. Os ingleses, ao chegarem na região aderiram a palavra e passaram a usar para se referir as longas caminhadas que os seus trabalhadores precisavam enfrentar.

Segundo o Diretor do Departamento de Trekking da ABEA (Assossiação Brasileira de Esportes de Aventura), Esdras Martins, como modalidade esportiva no Brasil o treecking teve suas primeiras provas em 1985, em Minas Gerais seguindo para São Paulo em 1992, é que o trekking adquiriu a forma atual.

Por se tratar de uma atividade que envolve caminhada, o prazer proporcionado pelo trekking e a possibilidade de desfrutar paisagens inéditas, que não estão ao alcance de qualquer um; uma sensação de privilégio de ir a lugares aonde poucos chegam, o de ver coisas que poucos viram; o de superioridade, força, autoconfiança e autoconhecimento são componentes facilmente proporcionados pela sua pratica (Beck, 1994).

Atualmente o trekking pode ser distribuído em várias modalidades sendo elas: individual, em grupo, assistido e os de competição distribuídos em de regularidade e velocidade. De maneira individual a modalidade também pode ser praticada, tratando-se da realização de um percurso individual, em que o praticante é o próprio chefe, é o líder que toma todas as decisões. Obviamente esta modalidade tende a ter mais riscos, e o praticante deve apresentar boa condição física, estudar previamente o local para traçar uma rota segura. Em grupo, é possível considerar que seja o mais indicado para iniciantes, contudo é preciso considerar a existência de interesses distintos entre os participantes permitindo a ocorrência de sociabilização e administração de conflitos sobre objetivos. O treecking assistido corresponde a modalidade em que o praticante de maneira independente contrata

os profissionais que podem auxilia-lo na aquisição de equipamentos e mantimentos para pratica individual ou coletiva.

De acordo com a ABEA (2018) o trekking de competição é composto por equipes utilizando bussolas e cartas de navegação entre 3 até 6 pessoas que desempenham os seguintes funções: navegação (interpretação das informações espaciais e temporais, fornecida pela organização por meio da planilha da prova e outros documentos, para se definir o processo de deslocamento do participante ao longo do trajeto planejado), cálculo (realização das contas necessárias para que a equipe se mantenha na velocidade média exigida pela planilha e cronometragem do tempo utilizado para cumprir cada trecho do percurso), contagem de passos (determinação da distância percorrida e da velocidade ideal da caminhada. Também cabe ao contador de passos juntamente com calculista controlar a velocidade das passadas, isto é, a velocidade média) e registo de tempo e distância nos postos de controle: marcação do horário em que a equipe está passando pelo PC (PC de tempo) ou da distância medida de determinado percurso (PC virtual). O responsável por essa atividade é geralmente conhecido como chipeiro. O trekking de regularidade ou enduro a pé é realizado em uma trilha, com local e tempo definidos sem conhecer o percurso, por isso o importante não é a velocidade, mas sim se manter no caminho considerando o tempo para atingir os objetivos (chegar aos postos de chegada). A distância de caminhada pode variar entre 6 a 15 quilômetros, sendo realizadas em estradas de terra, trilhas abertas, em mata fechada, atravessando riachos, nadando poucos trechos em rios. E por fim temos o trekking de velocidade, cujo objetivo é finalizar a prova percorrendo a distância com o menor tempo possível de acordo com as regras da organização.

Envelhecimento e trekking

Conceitualmente o envelhecimento é um "processo” de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de doença, e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo (ERMINDA, 1999). Assim, entende-se o envelhecimento como um processo natural, mas que geralmente apresenta um aumento da fragilidade e vulnerabilidade, devido à influência dos danos à saúde e do estilo de vida. Podemos dizer que indivíduos envelhecem de formas muito diversas, e a este respeito podemos falar da idade biológica, da idade social e idade psicológica, que podem ser muito diferentes da idade cronológica. (Fontaine 2000).

Dea acordo com Erminda (1999) o envelhecimento pode ser distribuído em três dimensões: cronológica, biológica, e social. A dimensão cronológica é mensurada pelo calendário católico romano. A pessoa idosa é aquela com idade de 60 anos ou mais, nos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, conforme o critério da Organização das Nações Unidas (ONU). Tal critério foi definido em 1982, na 1ª Assembléia Mundial do Envelhecimento. Os países desenvolvidos consideram a pessoa idosa com idade de 65 anos ou mais. (VERAS 1994; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD 2000).

As alterações biológicas tornam o idoso menos capaz de manter a homeostase quando submetido ao estresse fisiológico. Tais alterações quando associadas, principalmente, à idade cronológica avançada, determinam maior suscetibilidade ao aparecimento de doenças, à instalação de incapacidades físicas, mentais e funcionais, assim como a maior probabilidade de morte. (ANDREOLI et al. 1998, ERMIDA 1999). A senescência ou envelhecimento fisiológico é conceituado como um conjunto de alterações que ocorrem no organismo humano que implica em perda progressiva da reserva funcional sem que comprometa as necessidades básicas de manutenção de vida. (JACOB-FILHO et al., 2006). Em contrapartida, a senilidade ou envelhecimento patológico é classificado como conjunto de alterações que ocorrem no organismo em decorrência de doenças e do estilo de vida que acompanha o indivíduo até a fase idosa. (JACOB-FILHO et al., 2006). Karsch e Leal (1998) consideram o período que as pessoas estejam em boas condições físicas e mentais, mas, algumas vezes, instalam-se limitações que podem tornar a vida diária complicada, sobretudo, pela restrição funcional para algumas ou todas as atividades básicas e instrumentais da vida diária.
As possibilidades para desenvolver as doenças e as incapacidades aumentam quando associadas ao estilo de vida, tais como: tabagismo, sedentarismo, obesidade e etilismo (LITVOC e DERNTL, 2002; VOSER e VARGAS NETO, 2002).

A dimensão social refere-se aos papéis e hábitos que a pessoa, ao longo do seu ciclo vital, assume na sociedade e na família, a partir de um padrão culturalmente estabelecido. O envelhecimento agregado à vulnerabilidade social pode, muitas vezes, manifestar-se pela diminuição ou perda do papel desempenhado por longos anos, na esfera familiar, na social e na profissional (ERMIDA, 1999). Considera-se que a inatividade acarreta uma profunda alteração

ao estilo e ritmo de vida, devido à perda do papel profissional e pessoal junto da família e da sociedade, por sentir-se em desigualdade diante dos que trabalham.

Quando se envelhece ocorrem perdas nas capacidades funcionais no organismo e, através da pratica de atividade física regular pode-se diminuir estas perdas. O objetivo desta pesquisa é motivar e despertar atenção para a busca de outras atividades físicas para idosos, romper os paradigmas existentes que mostram a incapacidade dos idosos em realizar qualquer atividade física seja ela corrida, ciclismo e esportes radicais.

O idoso pode e tem condições reais de realizar qualquer atividade física, desde que obedeça seus limites e capacidades individuais como os indivíduos de qualquer faixa etária.

O envelhecimento associa-se obrigatoriamente, a redução da capacidade aeróbia máxima de força muscular, das respostas motoras mais eficientes, da capacidade funcional geral, ou seja, a redução da aptidão física total, e com o estilo de vida sedentária constitui um fator de risco importante para o desenvolvimento de doenças arterial coronária, na qual FALUD et al (1996), relatam um estudo de FRAMINGHAN no qual foi demonstrado que pessoas fisicamente ativas viveram mais e tiveram menor morbi-mortalidade de origem cardiovascular. A mortalidade total cardiovascular e coronárias reduziu a medida que foi maior o grau de atividade física em todas as idade inclusive nos idosos.

Devido ao impacto imposto pelo envelhecimento no sistema cardiovascular, sua resposta ao exercício decresce de forma significante levando o idoso a uma baixa eficiência. De acordo com MAZZEO (1998) algumas evidências indicam que a manutenção de elevados níveis de treinamento resultam em uma reduzida taxa da diminuição do VO2máx com a idade em indivíduos idosos.

Um índice da função cardiovascular é o consumo máximo de Oxigênio (VO2 máx), que decresce cerca de 5% a 15% por década após a idade de 25 anos. Em relação a alterações no consumo máximo de O2 ou VO2, constata-se um declínio com a idade, que não pode ser prevenido, mas diminuído com treinamento físico aeróbio, a diferença artério venosa máxima de O2 e no débito cardíaco máximo contribuem para uma redução no VO2 máx associado com a idade.

Estudos indicam que o aumento na VO2 máx, cerca de 8 a 38% em indivíduos de 50 a 84 anos, com o treinamento sistemático, minimizando os efeitos

do declínio no VO2 máx (GREEN e CROUSE 1993 citado por OKUMA 1998, MAZZEO 1998).

GREEN e CROUSE (1993) apud OKUMA (1998) relacionam as adaptações fisiológicas e estruturais e os efeitos no transporte de O2, observaram também o aumento da densidade capilar nos músculos em exercício, um possível desenvolvimento da vascularização colateral, a regressão de lesões arterosclerótícas, que é obtida pela associação do controle do estresse, dieta pobre em gorduras e exercício moderado, aumento ventricular (aumento da parede do ventrículo) esquerdo e miocárdio, declínio na duração da contração do miocárdio, melhora no eletrocardiograma em exercício.

Capacidade funcional pode ser compreendido como a capacidade do indivíduo em manter a realização das suas atividades do cotidiano e cuidados pessoais por conta da força muscular, a resistência muscular localizada, a potência muscular, agilidade, a flexibilidade, os reflexos, o tempo de reação, a eficiência metabólica, a composição corporal e outros aspectos da aptidão física (OKUMA, 1997).

Para VIEIRA (1996) citado por MIRANDA, (2001) a atividade física e um conjunto de ações corporais, capaz de contribuir para a manutenção fisiológica e o funcionamento normal, não só do organismo de um indivíduo como também do seu estado psicológico e social.

> Cada vez mais estudos vem evidenciando a atividade física como recurso importante para minimizar a degeneração provocada pelo envelhecimento, possibilitando ao idoso manter uma qualidade de vida ativa, visto que ela tem potencial para estimular várias funções essenciais do organismo, onde a mesma mostra-se como um coadjuvante importante no tratamento de doenças crônico-degenerativas e também é essencial para a manutenção do aparelho locomotor (OKUMA, 1998, p.51).

Estudos em gerontologia tem demonstrado que a atividade física, junto com hereditariedade, alimentação adequada e hábitos de vida apropriados podem melhorar em muito a qualidade de vida dos idosos. OKUMA (1997) descreve que o declínio linear natural das capacidades funcionais, que se inicia ao redor dos 30 anos e que pode ser substancialmente modificado pelo controle de peso e pela dieta.

A difusão do exercício físico para idosos tem se tornado uma estratégia simples, barata e eficaz, tanto para diminuir os custos relacionados à saúde, quanto para melhorar a qualidade de vida, o que tem sido demonstrado por inúmeros

estudos. Exemplificando GOBBI (1997) cita BOLKOVOY & BLAIR (1994), onde demonstrou que a taxa de mortalidade por qualquer causa está inversamente correlacionada com o nível de aptidão física.

FALUDI et al (1996) relatam que os exercícios de alta resistência prescritos três vezes por semana com duração de 20 minutos, induzem significativa melhora no condicionamento cardio-respiratório, mas com respostas discretas no perfil metabólico.

Da mesma forma que têm sido relatados efeitos da atividade física e do exercício nos aspectos biológicos e ligados a saúde, as evidências apontam efeitos nos aspectos psicológicos e sociais do envelhecimento (MCAULEY E RUDOLPH, 1995; OKUMA, 1998,1999; MATSUDO et al,2000), melhorando o auto conceito, a auto estima, contribuindo no desenvolvimento da auto eficácia, na diminuição do estresse e da ansiedade. Também são relatadas, melhora de tensão muscular, insônia, diminuição do consumo de medicamentos, melhora dos funções cognitivas e de sociabilização.

Em um estudo realizado por ANDRADE et al (2000) determinou o nível de conhecimento, barreiras e facilitadores da prática da atividade física em uma amostra com mais de 2.000 sujeitos com idade superior a 50 anos, na qual constatou-se que as barreiras mais freqüentes para ambos os sexos em cidade pequenas do Interior do estado de São Paulo foram: falta de equipamento, de necessidade de repouso, local, de clima adequado e de habilidade, na Capital e nas cidades da Região Metropolitana foram: falta de equipamento, de tempo, de conhecimento, medo de lesão e necessidade de repouso. Com relação aos agentes facilitadores no ambiente para o envolvimento regular em uma atividade física.

O mesmo estudo revelou em uma ordem de prioridade, pessoas com mais de 50 anos realizam atividade física por indicação, sendo para o sexo feminino 38,3% por orientação médica, 33,3% por amigos, 10,4% familiares, 10,4% procura por companhia, 4,2% colegas de trabalho e 3,3% pelo programa Agita São Paulo. Para o sexo masculino 50,3% orientação médica, 25,8% amigos, 7% procura por companhia, 7% Programa Agita São Paulo, 6,3% familiares e 3,5% pelos colegas de trabalho.

Dados similares foram encontrados por SATARIANO et al (2000) citado por MATSUDO et al (2001), investigando 2.046 indivíduos maiores de 55 anos, encontrando como barreiras para a prática de atividade física nas mulheres falta de

companhia, falta de interesse, fadiga, problemas de saúde e artrite, entretanto também foi notado que as barreiras são mais reportadas pelas mulheres e que com a idade as razões médicas se incrementavam.

Desta forma MATSUDO et al (2001) enfatizam que para a promoção da atividade física em idosos, deve se levar em consideração a falta de companhia e a falta de interesse, sendo as principais barreiras reportadas.

MARCELLINO (1996) cita que a busca de lazer pelo esporte radical resulta de uma livre escolha é a procura pessoal pelo prazer, felicidade, alegria, e busca por um estado de satisfação tomando como um fim em si mesmo. Estas buscas próprias que respondam as necessidades do ser, possibilitando libertar – se da fadiga e possibilitando libertar – se do tédio, favorecendo a ampliação do real e imaginário do divertimento, assim permitindo o distanciamento das rotinas estereotipadas impostas pelo modelo societário vigente.

A caminhada significa uma grande alternativa para os idosos, já que para realizar uma caminhada, não é necessário um equipamento próprio ou ter um local adequado, apenas necessita que o praticante se sinta confortável e integrado com o ambiente.

Com base nestas informações, pode-se dizer que a caminhada em si não faz sentido a não ser que esteja acompanhada de alguma motivação, seja ela física ou psíquica. Podemos ir mais longe e dizer que o ato de caminhar também pode transcender estas questões e ser uma forma de relaxamento, prazer, convívio com a natureza ou consigo mesmo (SENAC, s.d.).

Trekking é uma atividade que se consiste em cumprir uma trilha, seja ela na cidade ou na natureza, passando por ponto de controle. Vence quem chegar no tempo determinado; se chegar adiantado perde dois pontos e se chegar depois perde um ponto (SENAC, s.d.).

Existem quatro tipos de Trekking, entre os quais pode-se encontrar o Trekking independente no qual se viaja sozinho, organizando a expedição, planejando a rota, escolhendo o equipamento, comprando as provisões, estudando o clima. Além disto, a viagem é mais econômica e flexível, com datas e caminhadas fora do roteiro pré-determinado. Tem que se ter um ótimo preparo físico e não se importar em carregar uma mochila abarrotada de equipamentos (ORTIZ, s.d.).

Outro tipo de Trekking organizado, indicado para quem está iniciando na prática deste esporte ou deseja se aventurar em alguma região de difícil acesso,

dividindo com os colegas as despesas com a infra-estrutura necessária, como a contratação de carregadores, guias e a compra das provisões em grande quantidade. Neste caso, é necessário obter o máximo possível de informações sobre a empresa que está organizando a expedição e checar detalhadamente quais os serviços incluídos no preço anteriormente estabelecido (ORTIZ, s.d.).

Já o Trekking assistido é um estágio intermediário entre os dois anteriores. Nesse caso, ao chegar no local a ser visitado, são escolhidos e contratados os carregadores, guias, é feito a compra de mantimentos e demais equipamentos coletivos. Este tipo de viagem possibilita uma maior interação com os nativos, além de contribuir para a economia local. Por outro lado, é necessário mais tempo para organizar a viagem, negociar com os moradores locais e barganhar preços (ORTIZ, s.d.).

O quarto tipo é o Trekking de competição, também chamado de Enduro a pé, uma modalidade recente no Brasil. Semelhante ao Enduro de carros de regularidade, equipes de três a seis pessoas navegam em cima de uma planilha com referências (iguais no Enduro) e velocidades médias pré determinadas. Assim, os integrantes percorrem uma distância que varia de 6 a 15 quilômetros, andando por estradas de terra, trilhas abertas, em mata fechada, atravessando riachos, nadando poucos trechos em rios. Eles têm de navegar e calcular o tempo regular para não passarem pelos Postos de Controle atrasados (perde 1 ponto), nem adiantados (perde 2 pontos). Ganha a equipe que perder menos. Esses campeonatos acontecem em São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Brasília, Santa Catarina, Espírito Santo e Ceará (ORTIZ, s.d.).

O Trekking seria uma opção de atividade física, já que possui como característica predominância aeróbia, com marcada presença no conjunto muscular das pernas e quadril. Na tradução para o português a palavra trekking nos remete a caminhar, trilhar, andar. A mais remota e conhecida forma de deslocamento desde que o homem ascendeu a qualidade de bípede. Sendo uma atividade que pode ser praticada por qualquer pessoa em qualquer idade (ressalvo feito àqueles que estão há muito tempo sedentários), o trekking é muito acessível do ponto de vista financeiro e muito seguro a nível físico (SENAC, s.d.).

No estudo já mostrado por ANDRADE et al (2000) foi salientado que uma das barreiras mais freqüentes para a pratica esportiva nos idosos, para ambos os sexos, seria a falta de equipamentos, habilidade, local especifico e tempo.

Acredita-se que o trekking seja uma proposta alternativa para a prática de atividade física para idosos, devido ao fato de ser uma atividade que não possui dificuldade que possam contribuir para a sua restrição como a falta de equipamentos específicos. Em relação a habilidade é exigido um certo nível de aptidão para sua prática, ou seja, a ação motora mais requisitada seria o andar como predominância, não podendo esquecer da contribuição que sofre as variáveis agilidade, equilíbrio, flexibilidade e resistência muscular localizada, devido ao grande numero de obstáculos enfrentados durante sua pratica.

Um ponto muito importante para se ter uma discussão, reflete em torno do espaço para sua pratica, pois em qualquer lugar pode se praticar o trekking. Há belíssimos locais para a prática no Brasil, de norte a sul e de leste a oeste, é uma atividade sem fronteiras (ou quase, pois a expansão urbana e as cercas são limitadores perigosos) que poderá ser praticada em qualquer época do ano sem a utilização de muitos acessórios (SENAC, s.d.)

Em uma revisão realizada por GLENISLER (1996), salienta que o exercício em si não é suficiente para modificar o quadro de depressão, ansiedade, o que é melhorado é o humor, ressaltando que benefícios psicológicos e sociais, são inversamente relacionados, com a melhora da aptidão física, ou seja, nos ganhos psicológicos e sociais, não são necessariamente interligados com o aumento dos níveis de aptidão física, sendo que a intensidade da atividade não tem influencia nessas mudanças. No entanto, o autor conclui que a sua pratica exerce um papel fundamental no manejo da ansiedade e na depressão.

Em relação ao Trekking, seria uma possibilidade de desenvolver o aspecto psicológico, mesmo não havendo alteração no seu aspecto metabólico, pois é um atividade praticada em grupo proporcionando um convívio social maior.

Segundo SANATAREM (1998, p23) “Do ponto de vista de saúde cardiovascular qualquer tipo de atividade física é útil desde que seja compatível com os níveis de aptidão física da pessoa”.

Considerações finais

Acreditamos que o Trekking possa contribuir de maneira eficaz para o idoso de forma geral, entretanto possui algumas restrições que devem ser levadas em consideração: o Trekking deve ser adaptável aos níveis de aptidão física do praticante, ou seja, possuir categorias para os mais diversos níveis de aptidão,

desde o mais sedentário ao mais ativo. Possuindo trilhas com diferentes graus de dificuldade, para os menos ativos trilhas planas e de fácil locomoção, já para as mais ativas trilhas com deferentes planos e que solicitem maior desempenho motor.

Referências Bibliográficas

TRENTINI, M.; PAIM, L. Pesquisa em Enfermagem. Uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999.

MARTINS, G.A. & PINTO, R.L. Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos. São Paulo: Atlas, 2001.

SILVA, Denise Guerreiro Vieira da; TRENTINI, Mercedes. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. Rev. Latino-Am. de Enferm. Maio/Jun. 2002; 10(3).

ANDRADE, E. L.; MATSUDO, V. K. R.; ARAUJO, T. L.; ANDRADE, D. R.; OLIVEIRA, L. C.; FIGUEIRA, A. J. Barriers and motivational factors for phycal activity adherence in elderly people in devoloping country [abstract]. **Medicine Science Sports Exercise**. 2000; 33 (7 supl) 141. [Presented at 47th American College of Sports Medicine Annual Meeting; 2000 Maio 31-Jun 3; Indianapolis (Indiana)]

FALUDI et al. Atuação do exercício físico sobre os fatores de risco para doenças cardiovasculares**. Revista da Sociedade de cardiologia do Estado de São Paulo.** vol.6, n.1, pág. 01-05, 1996.

GLENISLER, O. Exercise and mental heath: a reniew. **Jounal of royal society of heath,** vol.2, n.7-13, 1996.

GOBBI, S. Atividade física para pessoas idosas e recomendação da organização mundial de saúde de 1996. **Revista Brasileira de Atividade física e Saúde.** v.2, n.2, pág. 41-49, 1997

MARCELLINO, N.C. Estudos do lazer: uma introdução. Campinas, autores associados,1996.

MATSUDO, S.M., MATSUDO, V.K.R, TURIBIO, L.B.N. Efeitos benefícios de atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. **Revista Brasileira de Atividade física e Saúde.** vol.5, n.2, pág. 60-76, 2000.

MATSUDO, S.M., MATSUDO, V.K.R. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. vol.7, n.1, pág. 02-13, 2001.
MAZZEO, J.L. Exercício e atividade física para pessoas idosas. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. vol.3, n.1, pág. 48-78, 1998.

MCAULEY, E., RUPOLPH, D. Physical activity, aging and psychological wefl-being. **Journal of aging and physical activity.** Vol.3, p.67-96,1995.

MIRANDA, M. L. J. Efeitos da atividade física com musica sobre os estados subjetivos Idosos. São Paulo, 2001, ? p., Tese (Doutorado)- Instituto de Psicologia da USP.
OKUMA, S. S. Atividade física, qualidade de vida e velhice: uma perspectiva existencial In GUEDES, O.C. Atividade Física: uma abordagem multidimensional. João Pessoa: Idéia, pág. 199-213, 1997- a.

OKUMA, S. O idoso e a atividade física. Pápirus: São Paulo, 1998.

ORTIZ, A. Tudo sobre trekking. http:// 360 graus.terra.com.br, (dezembro de 2001)

SANTAREM, J.M. Atualização em exercícios resistidos: adaptações cardiovasculares. **Âmbito Medicina Desportiva**, ano 04, n.47, p. 23-34, 1998.

SENAC, http:// www.senacesportesradicais.hpg.ig.com.br/ trekking. Htm#Historico.
Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Texto para discussão, nº 858, Rio de Janeiro, Ipea, 2002.

SILVA U.M. Alterações no estilo de Vida de idosas com e sem sintomatologia depressivos de acordo com o nível de Atividade Física. São Paulo: Universidade São Judas Tadeu; 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2005.

FELIX, Jorge. Economia da Longevidade: uma revisão da bibliografia brasileira sobre o envelhecimento populacional. Anais VIII Encontro da Associação Brasileira de Economia da Saúde. São Paulo, p. 7-9, 2007.

WONG LLR, CARVALHO JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. Revista Brasileira de Estudos Populacionais, 23:5-

26, 2006.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil: 2000. Rio de Janeiro; 2002.
Okuma SS. O idoso e a atividade física. 1. ed. Campinas: Papirus; 1998.

CHODZKO-ZAJKO W, PROCTOR DN, FIATARONE SMA, MINSON CT, NIGG GR, SALEM GJ. Exercise and physical activity for older adults. Med Sci Sports Exerc. 2009.

RIKLI R, JONES J. Development and validation of a Functional Fitness Test for community-residing older adults. J Aging Phys Act. 1999.

MATSUDO S, ARAUJO T, MATSUDO V, ANDRADE D, ANDRADE D, OLIVEIRA LC. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no brasil. Rev Bras Ativ Fis Sáude. 2001.

BASSUK SS, MANSSON JE. Physical activity and cardiovascular disease prevention in women: how much is good enough? Exercise Sports Science Review, 31: 176–181, 2003.

BOCALINI DS, SERRA AJ, dos SANTOS L. Physical exercise improves functional capacity and quality of life in patients with heart failure. Clinics, 63(4): 437-442, 2008a.

BOCALINI DS, SERRA AJ, RICA RL, dos SANTOS L. Repercussions of training and detraining by water based exercise at functional fitness and quality of life: short-term follow up results in healthy older women. Clinics, 65 (12): 1305-1309, 2010a.

RIBEIRO, Adalgisa Peixoto et al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, p. 1265-1273, 2008.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. Exercise and physical activity for older adults. Medicine Science in Sports Exercise,1998.

BOCALINI DS, SERRA AJ, LEVY RF, MURAD N. Water- vs walking land- based exercise effects on the physical fitness in older women. Geriatrics and Gerontology International, 8: 265-271, 2008b.

BOCALINI DS, SERRA AJ, dos SANTOS L. Moderate resisted exercise attenuates the loss

bone density and increments the functional fitness at postmenopausal women. Journal of Aging Research, 2010b.

FRANCHI KMB, MONTEIRO LZ, ALMEIDA SB, PINHEIRO, MHNP, MEDEIROS AIA, MONTENEGRO RM. Capacidade funcional e atividade física de idosos com diabetes tipo 2. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, 2008.

HAGBERG JM, GRAVES JE, LIMACHER M, WOODS DR, LEGGETT SH, CONONIE C. Cardiovascular responses of 70- to 79-yr-old men and women to exercise training. Journal of Applied Physiology, 1989.

NOBREGA, Antonio Claudio Lucas da et al . Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde no idoso. Rev Bras Med Esporte, Niterói , v. 5, n. 6, p. 207-211, Dec. 1999 .

SOUZA DB, SERRA AJ, SUZUKI FS. Atividade física e nível de depressão em idosas. Revista brasileira de ciências da saúde, 2012.

RIZZOLLI, Darlan; SURD, Aguinaldo César. Percepção dos idosos sobre grupos de terceira idade. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 13, n. 2, p. 225-233, 2010.

DANTAS, E.H.M., VALE, R.G.S. Protocolo GDLAM de avaliação da autonomia funcional. Fitness & Performance Journal, v.3, n.3, p. 175-182, 2004.

MENESES YP, CABRAL PU, ABREU FM, VALE RG, ROCHA FC, ANDRADE AD. Correlation between the carotid resistance and functional autonomy of elderly women. Rev: Bras Enferm, 2007.

SUZUKI, Frank Shiguemitsu et al. EFEITOS DE UM PROGRAMA MULTICOMPONENTE DE EXERCÍCIOS SOBRE A APTIDÃO FUNCIONAL DE IDOSAS. Rev Bras Med Esporte. 2018.

RODRIGUEZ ANEZ Ciro Romélio; REIS, Rodrigo Siqueira, PETROSKI, Edio Luiz. Versão brasileira do questionário "Estilo de Vida Fantástico": tradução e validação para adultos jovens. Arq. Bras. Cardiol. Vol.91, n.2, pp. 102-109. 2008.

YESAVAGE JA, BRINK TL ROSE TL. Development and validation of a geriatric depression

screening scale: a preliminary report. J Psychiat Res, 1983.

BOSTRÖM G, CONRADSSON M, ROSENDAHL E et al. Function capacity and dependency in transfer and dressing are associated with depressive symptoms in older people. Clinical Interventions in Aging. 2014.

OLIVEIRA SC; SANTOS AA; PAVARINI SCL. Relação entre sintomas depressivos e a funcionalidade familiar de Idosos Institucionalizados. Ver Esc Enferm USP. V. 48, n. 1, p. 66-72. 2014.

CONRADSSON M, LITTBRAND H, BOSTRÖM G et al. Is a change in functional capacity or dependency in activities of daily living associated with a change in mental health among older people living in residential care facilities?. Clinical Intervention Aging, v. 8, p.1561-1568. 2013.

PARK B, PARK J, JUN JK. Cognitive Impairment, Depression, Comorbidity of the Two and Associated Factors among the Early Sixties in a Rural Korean Community, 2013.

PONTES MLF. Qualidade de vida e fragilidade em idosos que residem em comunidades.Tese(Doutorado em Enfermagem Fundamental).Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto,Ribeirão Preto. 2013.

TAKAGI D, KONDO K, KAWACHI I. Social participation and mental health: moderating effects of gender, social role and rurality.BMC Public Health, v. 13, p. 701, 2013.

LIMA-SILVA TB. Funcionalidade e desempenho cognitivo na demência fronto temporal variante comportamental. Dissertação(mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2012.

SANTIAGO LM, MATTOS IE. Depressive symptoms in institucionalized older adults. Rev Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, v.48, n.2, p.216-224. 2014.

UNDERWOOD, M et al. Exercise for depression in care home residents: a randomised controlled trial with cost-effectiveness analysis(OPERA). Health Technol Assess, v.17,n.18.2013.

ALMEIDA OP, ALMEIDA SA. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. Arq Neuropsiquiatr, 57(2B), p. 421-426. 1999.

HOFFMANN EJ, RIBEIRO F, FARNESE JM et al. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no Norte de Minas Gerais,Brasil. J Bras Psiquiatr, v.59,n.3,p.190-7, 2010.