

UNIS – CENTRO UNIVERSITÁRIO DO SUL DE MINAS

FISIOTERAPIA

LUCILIA FIGUEIREDO DE MIRANDA

**QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE: Uma avaliação na cidade de
Varginha**

**Varginha
2005**

UNIS/MG - BIBLIOTECA

MONSENHOR DOMINGOS PRADO FONSECA

Registro: 40511 Data: 27/04/06

Origem: Decisão USS:

Unid.: EF Obs.:

LUCILIA FIGUEIREDO DE MIRANDA

QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE: Uma avaliação na cidade de Varginha

Monografia apresentada ao curso de Fisioterapia do Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel, sob orientação da Prof.^a Ana Paula Bacha de Oliveira.

**Varginha
2005**

TERMO DE APROVAÇÃO

LUCILIA FIGUEIREDO DE MIRANDA

QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE: Uma avaliação na cidade de Varginha

Monografia apresentada ao curso de Fisioterapia do Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel pela Banca Examinadora composta pelos membros:

Aprovado

Reprovado

Data 16/11/05

Ana Paula

Prof.^a Ms. Ana Paula Bacha de Oliveira

Ana Paula de Oliveira Maciel

Prof.^a Esp. Ana Paula de Oliveira Maciel

Luiz

Prof.^o Esp. Luiz Achilles Carvalhaes

OBS.:

Dedico este trabalho aos meus pais:
Geraldo Campos de Miranda e Madalena
Figueiredo de Miranda que me deram a
vida, formaram meu caráter e me deram a
oportunidade de estudar, sempre confiando
e me incentivando.

Agradeço primeiramente a Deus, por me dar o dom da vida e permitir que tantas coisas maravilhosas aconteçam em minha vida, mesmo eu sem merecer.

Se houve mérito neste trabalho, ele deve ser dividido com todos que contribuíram de alguma forma para que ele acontecesse. Os meus mais sinceros agradecimentos:

A minha mãe, pela luta e dedicação a cada dia, sempre pronta a ajudar.

Ao meu pai que tantas vezes, mesmo sem saber, me confortou com poucas palavras.

A professora Ana Paula Bacha de Oliveira, pela oportunidade de realizarmos esse trabalho e pela orientação.

Ao meu amigo Fabrício Adriano Bertoldo, que mesmo desistindo da autoria do trabalho, sempre esteve presente me auxiliando e manifestando suas opiniões.

Ao Cléber Moterani Tavares, que muito fez, para que juntos calculássemos a qualidade de vida dos idosos.

Ao Rodrigo Carlos Pereira pela formatação de nosso questionário.

Ao Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS-MG, em especial a coordenadora Josiane Marino Moretti, pelo incentivo.

Aos professores, formadores de opinião, com quem tanto aprendi nesses anos de estudos, principalmente à aqueles que incentivam a pesquisa, em especial a professora Ana Paula de Oliveira Maciel.

A todos os professores que dividiram seus conhecimentos e seus materiais, em especial o professor Luiz Achilles Carvalhaes.

Ao Waldemar Pitarello Gimenes pelo apoio, paciência e compreensão.

As escolas de Varginha pela parceria.

Aos idosos, fonte de inspiração para este trabalho e com quem tanto aprendo sobre a vida.

“Idoso é quem tem o privilégio de viver a longa vida; velho é quem perdeu a jovialidade.

A idade causa a degenerescência das células; a velhice causa a degenerescência do espírito.

Você é idoso quando sonha; você é velho quando apenas dorme.

Você é idoso quando ainda aprende; você é velho quando já nem ensina.

Você é idoso quando se exercita; você é velho quando somente descansa.

Você é idoso quando tem planos; você é velho quando só tem saudades.

...

Para o idoso o calendário está repleto de amanhã; para o velho o calendário só tem ontens.

Enquanto o idoso tem os olhos postos no horizonte de onde o sol desponta;

o velho tem a sua miopia voltada somente para as sombras do passado.

Enquanto as rugas do idoso são bonitas porque foram sulcadas pelo sorriso;

as rugas dos velhos são feias porque foram vincadas pela amargura.

Enquanto o rosto do idoso se ilumina de esperança; o rosto do velho se apaga de desânimo.

Idoso e velho podem ter a mesma idade cronológica, mas têm idades diferentes no coração! (...)”

Jorge R. Nascimento.

RESUMO

Miranda, L.F..**Qualidade de vida na terceira idade: Uma avaliação na cidade de Varginha**. Trabalho de conclusão de curso. Centro Universitário do sul de Minas – UNIS/MG. 2005.

A qualidade de vida é um tema que, nos últimos tempos vem ganhando espaço a cada dia em nosso meio, porém, o interesse por se pesquisar e avaliar a qualidade de vida dos idosos ainda é incipiente e fragmentado em nossa sociedade. Sendo assim, o presente trabalho objetivou-se em avaliar a qualidade de vida da população idosa da cidade de Varginha, ou seja, os indivíduos com idade superior a 60 anos residentes em Varginha. O estudo foi realizado por meio de parcerias com escolas públicas e particulares em trabalho com os alunos de 8ª séries, onde os mesmos entrevistariam cada um, um idoso. Os instrumentos utilizados para a realização do estudo, foram os questionários: The MOS 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36) e escala de Lawton, ambos de confiança da comunidade científica. Foram avaliados nove itens relacionados à qualidade de vida: Capacidade funcional, Aspectos físicos, Dor, Estado geral da saúde, Vitalidade, Aspectos sociais, Aspecto emocional, saúde mental e Grau de independência para realização das atividades da vida diária. O número de idosos entrevistados é referente a um grau de confiança de 95% em relação a população total de idosos da cidade de Varginha, que é de aproximadamente 9000. Os resultados obtidos foram satisfatórios, principalmente no que se refere à independência do idoso, onde a grande maioria se mostrou independente na realização das atividades da vida diária. Pode-se perceber também que apesar dos bons resultados, há um índice muito grande de idosos que relatam algum tipo de dor e que essa dor interfere na sua vida de alguma forma. Porém, mesmo com o quesito dor, deficitário, não interferiu na média geral da qualidade de vida da população idosa, onde os outros itens se mantiveram em bons e excelentes níveis.

Palavras-chave: Qualidade de vida, terceira idade, avaliação.

ABSTRACT

Miranda, L.F..**Qualidade de vida na terceira idade: Uma avaliação na cidade de Varginha.** Trabalho de conclusão de curso. Centro Universitário do sul de Minas – UNIS/MG. 2005.

The quality of life is a point that, in the last times, is growing in the society. However, the interest in searching and evaluating the quality of life of the aged ones still incipient. Based on this, the main objective of this work was to evaluate the aged population of Varginha. We considered as target public the ones over 60's. The study was done as a partnership between the schools. It was used 8th grade students to interview the target public. It was used to accomplish the study 2 questionnaires - MOS 36 - Item Short-Form Health Survey (SF-36) and Lawton's Scale, both used between the members of the scientific community. Nine quality of life's items were evaluated: functional capacity, physical aspects, pain, health, vitality, social aspects, emotional aspect, mental health and independence to accomplish daily activities. The interviewed number was enough to achieve a 95% of reliability of the total population over 60's in Varginha, witch is approximately 9000. The results had been satisfactory regarding to the independence. Through these results, we observe that the major showed independent to accomplish daily activities. We also conclude that, beside good results, some had said that have pain and it in certain way interfere with their life. However, even pain being mentioned as a deficiency, did not interfere with quality of life averages because the others items had remained in good and excellent levels.

Key Words: Quality of life, Over 60's persons & Evaluation

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1. ENVELHECIMENTO	14
1.1. Alterações na composição e forma do corpo	14
1.2. Alterações no sistema ósseo	15
1.3. Alterações no sistema articular	17
1.4. Alterações no sistema neuromuscular	18
1.5. Alterações no sistema nervoso	19
1.6. Alterações no sistema cardiovascular	19
1.7. Alterações no sistema respiratório	21
2 QUALIDADE DE VIDA	23
2.1. Envelhecimento com qualidade de vida	27
3 MATERIAL E MÉTODOS	30
4 RESULTADOS	34
4.1. Perfil dos entrevistados	34
4.2. Resultado do questionário SF-36	35
4.3. Resultado do questionário de Lawton	36
5 DISCUSSÃO	38
5.1. SF-36	38
5.2. Lawton	40
CONCLUSÃO	42
REFERÊNCIAS	44

INTRODUÇÃO

O organismo humano, desde sua concepção até a morte, passa por diversas fases: desenvolvimento, puberdade, maturidade e envelhecimento. Este se manifesta por declínio das funções dos órgãos e de nossos sistemas, se inicia precocemente ao final da segunda década de vida, permanecendo pouco perceptível por longo tempo, até que surjam a partir da terceira década as primeiras alterações orgânicas, funcionais e estruturais, onde a cada ano há perda de 1% da capacidade funcional do indivíduo (NETTO & PONTE, 1996).

Essas alterações são facilmente observáveis ou sentidas por nós, mas os mecanismos biológicos que concorrem para o seu desenvolvimento, permanecem em grande parte desconhecidos. Várias teorias tentaram explicar o mecanismo da gênese do envelhecimento celular, porém nenhuma delas conseguiu sucesso total (LUSTRI & MORELLI, 2004).

O envelhecimento se dá a partir do momento em que o organismo perde o sentido de conectividade com seu ambiente, nesse momento, ele perde o conhecimento de sua função na vida, e se prepara para o desconhecido, o estranho e a incerteza do que virá pela frente (MATURANA, 1997).

Para MONTEIRO (2001), viver é estar consciente dos movimentos nascentes do corpo, que clama por conhecimento. Se esquecermos de nosso corpo, esquecemos de como viver; é isso que acontece quando envelhecemos. Em nossa sociedade essa realidade não é diferente, visto que nossos idosos se encontram isolados e excluídos. Estar sozinho e isolado é estar em silêncio, no abandono que rompe o contato vital com o mundo, favorecendo a inércia do corpo, que rouba a possibilidade do conhecer e do sentir, reduzindo a capacidade de adquirir novas e variadas emoções, que propiciam assim a acomodação dos sentidos deixando as pessoas entregues a privação social e a fome afetiva .

Nossos idosos são estigmatizados com uma identidade negativa, que se baseia no fato de eles apresentarem um declínio de suas capacidades, deficiências e impossibilidades, levando-se em conta características biológicas que passam a definir o indivíduo como um todo, não respeitando suas particularidades. Não podemos permitir que o envelhecimento seja um momento triste e depressivo, carregado de sentimentos de inutilidade e abandono, devemos enxergá-lo como um momento de descoberta da essência da vida e da compreensão da mesma, onde sejamos aptos a viver novas sensações e experiências e não apenas aguardar o fim da vida (MONTEIRO, 2001).

Principalmente se levarmos em conta que o aumento da população idosa é um fenômeno mundial, tanto no que se refere aos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. Estimativas para a população idosa brasileira apontam que o país em duas décadas terá 32 milhões de pessoas com idade superior a 60 anos, sendo o sexto país com o maior contingente de idosos no mundo (RAMOS et al, 1998). Em 2000 existiam cerca de 15 milhões de pessoas com idade superior a 60 anos (CENSO DEMOGRÁFICO - IBGE, 2000).

No entanto, este aumento na expectativa de vida das pessoas, não é acompanhado em melhorias na qualidade de vida, em geral, as pessoas estão conseguindo chegar a idades avançadas, porém, com a capacidade funcional deteriorada. Falar se de saúde como simplesmente ausência de doença, se torna impreciso e limitado quando nos referimos à qualidade de vida (ROMEN, 1993).

Desse modo saúde é uma questão de qualidade, presença de algo que preencha nossas vidas, é o completo estado de bem-estar físico, mental e social (Organização Mundial da Saúde, OMS). Sofremos com ausência de compreensão, esperança, aspirações e, por conseguinte, adoecemos. Possuir sentido e significado é o que nos proporciona a sensação de bem estar, e conseqüentemente de uma boa qualidade de vida (ROMEN, 1993).

Neste sentido, a comunidade científica especializada em estudos desta faixa etária tem aumentado, isto em diversas áreas do conhecimento, com a busca de meios mais eficazes que possam favorecer as pessoas a conseguirem manter a sua qualidade de vida, mesmo em idades mais avançadas (TRIBESS & VIRTUOSO, 2004).

No entanto, no Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, esse tipo de interesse ainda é incipiente e fragmentado, talvez pelo fato da emergência da velhice ser um fenômeno social recente (REBELATTO & MORELLI apud NERI, 2004).

Especificar o conteúdo da qualidade de vida não é uma tarefa fácil, pois exige que todos os seus aspectos sejam medidos. Porém, o modelo de Lawton propõe que todos os aspectos sejam resumidos em quatro componentes gerais: condições objetivas do ambiente, competência comportamental, qualidade de vida percebida e bem estar subjetivo (REBELATTO & MORELLI, 2004).

Dessa forma, Lawton não baseia seu modelo sobre os aspectos patológicos, mas sim sobre a capacidade funcional de cada indivíduo, que se dividem em atividades de autocuidado, ou seja, as atividades de vida diária (AVDs) e atividades que excedam o ambiente domiciliar, atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), avaliados de uma forma subjetiva de acordo com a visão do próprio indivíduo (REBELATTO & MORELLI, 2004).

Essa medida, no âmbito dos recursos sociais, é útil para a realização de comparações entre nações e para estimativas das necessidades e dos anseios da população. Na área médica predominam instrumentos destinados a avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde e capacidade funcional (REBELATTO & MORELLI, 2004).

Os instrumentos utilizados para a realização dessa medida têm sido o uso de questionários, genéricos ou específicos, como o The MOS 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36) (CICONELLI et al, 1999; CICONELLI, 1997), utilizado nessa pesquisa, que

corresponde a uma escala multidimensional que aborda diferentes aspectos da “qualidade de vida percebida”, analisada e quantificada de uma forma subjetiva pelo próprio indivíduo.

Desse modo, fica claro que a compreensão da qualidade de vida na terceira idade é central ao desenvolvimento de iniciativas de intervenção, visando à prevenção e a reabilitação, nos vários contextos da vida do indivíduo (NERI, 2004; REBELATTO & MORELLI, 2004).

Assim este estudo tem por objetivo mensurar a qualidade de vida da população com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos da cidade de Varginha, quantificando a qualidade de vida desta população, e servindo de indicador social e também base para possíveis melhorias que venham a atuar nos três níveis de prevenção.

1 ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo comum a todos os seres vivos. Sendo assim, o conhecimento de seus aspectos anatômicos e de sua fisiologia é de fundamental importância.

Atualmente, ainda é bastante comum encontrar caracterizações de alterações advindas do processo de envelhecimento normal como sendo um estado patológico. Dessa forma é essencial que se conceitue senescência e senilidade:

Senescência são as alterações próprias do envelhecimento natural.

Senilidade são as alterações produzidas pelas várias afecções que podem acometer o idoso (CARVALHO FILHO, 1996; LUSTRI & MORELLI, 2004).

1.1. Alterações na composição e forma do corpo

Uma vez que envelhecemos apresentamos perda de estatura. Essa perda é da ordem de 1cm por década e começa a ocorrer por volta dos 40 anos de idade. Segundo alguns autores, essa perda se deve principalmente à diminuição dos arcos do pé, ao aumento das curvaturas da coluna e também a uma diminuição no tamanho da coluna vertebral, devido à perda de água dos discos intervertebrais devido às forças de compressão a que são submetidos (JACOB & SOUZA, 2000; LUSTRI & MORELLI, 2004).

O idoso também apresenta algumas alterações características de sua conformação típica, como o aumento dos diâmetros da caixa torácica e do crânio, a continuidade do crescimento do nariz e do pavilhão auditivo. Verifica-se também aumento do tecido adiposo, principalmente em região abdominal. O teor de água corporal também diminui, pela perda hídrica intracelular e também há redução do potássio, principalmente pela diminuição do

número de células nos órgãos. Esses fatos levam o idoso a perder massa corporal, afetando vários órgãos e principalmente o sistema muscular (LUSTRI & MORELLI, 2004).

A pele fica menos elástica devido a alterações da elastina, ocorrendo diminuição em sua espessura e no tecido subcutâneo, causando as rugas. As glândulas sudoríparas e sebáceas também têm suas atividades diminuídas, resultando em uma pele áspera e seca mais sujeita a lesões e infecções (JACOB & SOUZA, 2000).

Os melanócitos podem sofrer alterações em seu funcionamento, gerando manchas hiperpigmentadas na mão, a epiderme sofre algumas alterações tornando-se mais fina e ficando mais susceptível a equimoses (JACOB & SOUZA, 2000).

1.2. Alterações no sistema ósseo

Há um momento na vida, em que o organismo alcança a maturidade óssea e ocorre um equilíbrio entre a ação dos osteoblastos e dos osteoclastos, determinando a densidade óssea máxima (JACOB & SOUZA, 2000; BORELLI, 2000; LUSTRI & MORELLI, 2004).

Algum tempo após a maturidade óssea, inicia-se um processo de perda de massa óssea, que ocorre mais precocemente nas mulheres que nos homens. No homem há uma perda de 0,3% ao ano, e nas mulheres essa perda é da ordem de 1% ao ano, acentuando-se no período pós-menopausa. Essa perda independe da raça, ocupação, hábitos alimentares, entre outros (JACOB & SOUZA, 2000; BORELLI, 2000; LUSTRI & MORELLI, 2004).

A perda da massa óssea é caracterizada por desequilíbrio no processo de modelagem e remodelagem conseqüente do envelhecimento, e pode ocorrer por aumento da atividade dos osteoclastos, por diminuição da atividade dos osteoblastos, ou por uma combinação de ambos.

Dessa forma, nota-se a importância da contínua remodelagem do osso a qual pode se realizada por meio da submissão desses ossos a cargas pesadas. A atuação das cargas sobre os ossos faz com que haja maior deposição de tecido ósseo na região que recebe esse estresse (lei

de Wolf) (JACOB & SOUZA, 2000; CHECOVICH & SMITH, 2001; LUSTRI & MORELLI, 2004; CARVALHO, 2004).

As alterações que ocorrem na atividade dos osteoblastos e osteoclastos, podem acarretar perda de massa óssea contínua denominada osteoporose, que é detectada geralmente após intercorrências como fraturas (RAINA et al, 1999; JACOB & SOUZA, 2000; CHECOVICH & SMITH, 2001; LUSTRI & MORELLI, 2004).

As funções das células ósseas são reguladas por meio de mecanismos sistêmicos e locais, sendo os principais mecanismos sistêmicos o hormônio da paratireóide (PTH), a vitamina D e a calcitonina. Já os reguladores locais são as prostaglandinas e citocinas (LUSTRI & MORELLI, 2004).

O PTH atua diretamente sobre o osso mobilizando cálcio do osso para o líquido extracelular. Suas atividades têm como objetivo aumentar os níveis de cálcio sérico, e sua secreção está sob controle de um feedback negativo da concentração sérica do cálcio (BANDEIRA et al, 2000).

A vitamina D tem como efeito principal o aumento da absorção de cálcio e fósforo pela mucosa intestinal, além de apresentar atividade similar ao PTH no osso. Já a calcitocina que é um hormônio produzido pela tireóide, tem como função baixar a concentração de cálcio no sangue (JACOB & SOUZA, 2000; LUSTRI & MORELLI, 2004).

Com o envelhecimento a paratireóide aumenta discretamente seu tamanho, porém não causando alterações significativas quanto à liberação do PTH sérico. Em compensação, os níveis séricos de cálcio total podem ser menores que em adultos sadios possivelmente devido a alterações no metabolismo da vitamina D (JACOB & SOUZA, 2000; LUSTRI & MORELLI, 2004).

1.3. Alterações no sistema articular

À medida que envelhecemos, as articulações sinoviais sofrem alterações nas cartilagens articulares, há diminuição na quantidade de água e proteoglicanas, e aumento no número e espessura das fibras de colágeno, tornando a cartilagem mais fina e com rachaduras na superfície (JACOB & SOUZA, 2000; AMUNDSEN, 2001; LUSTRI & MORELLI, 2004).

Nas articulações não sinoviais fibrosas como as suturas cranianas, o tecido fibroso vai sendo substituído por osso por volta dos 30 anos, dessa forma o crânio tende a ter menor número de ossos, e conseqüentemente menor resistência à fratura (JACOB & SOUZA, 2000; LUSTRI & MORELLI, 2004).

Algumas alterações clássicas ocorrem nas articulações intervertebrais, como a diminuição da água e proteoglicanas no núcleo do disco intervertebral, e o aumento em número e espessura das fibras de colágeno. No anel fibroso ocorre um adelgaçamento das fibras colágenas, que associado aos outros fatores faz com que o disco intervertebral do idoso diminua em espessura, aumentando as curvaturas da coluna vertebral, em especial o da coluna dorsal, dando um aspecto cifótico ao idoso (JACOB & SOUZA, 2000).

Além disso, a diminuição na espessura dos discos determina reduções na amplitude de movimento da coluna, impondo por vezes a necessidade de realização de movimentos em bloco, principalmente durante movimentos de rotação. Outro agravante é devido ao aumento do contato das superfícies ósseas dos corpos vertebrais, iniciando um processo artrósico, que determina a deposição de cálcio dando origem a osteófitos (JACOB & SOUZA, 2000; AMUNDSEN, 2001; LUSTRI & MORELLI, 2004).

Todos esses fatores levam ao surgimento das limitações de movimentos e conseqüente diminuição da amplitude de movimento articular, acompanhados ou não de rigidez e dor. Segundo Meirelles (2000), as afecções relacionadas ao aparelho locomotor, constituem a

terceira causa mais freqüente de invalidez física temporária ou permanente nos indivíduos da terceira idade (RYYNÄNEN et al, 1991; SATTIN, 1992; TINETTI, 1994; JOHANSSON, 1998).

1.4. Alterações no sistema neuromuscular

As alterações neuromusculares causadas pelo envelhecimento são as mais importantes do ponto de vista anatomo-fisiológico, sendo uma das mais evidentes, a perda de massa muscular ou sarcopenia. A perda de massa ocorre principalmente pela diminuição do peso muscular e em sua área de secção transversal (JACOB & SOUZA, 2000; REBELATTO & MORELLI, 2004).

Também se deve a perda de unidades motoras, e ao fato de que nas placas motoras dos idosos as pregas são mais numerosas e as fendas sinápticas se tornam mais amplas, reduzindo a superfície de contato entre o axônio e a membrana plasmática, conseqüentemente, o idoso terá menor qualidade em sua contração, muscular menor força, menor coordenação dos movimentos e, provavelmente maior possibilidade de sofrer acidentes como quedas (JACOB & SOUZA, 2000; LEVY & MENDONÇA, 2000; LUSTRI & MORELLI, 2004).

O idoso também apresenta alterações em seus tipos de fibras musculares. As fibras de contração rápida ou tipo II vão diminuindo em número e em volume, e as fibras de contração lenta ou tipo I também diminuem, porém em menor proporção que as primeiras (PETROIANU & PIMENTA, 1999).

De acordo com Netto (2000), e Petroianu & Pimenta (1999), as fibras musculares que se perdem são substituídas por tecido conjuntivo, ocorrendo aumento do colágeno intersticial no músculo do idoso, que juntamente com um comprometimento do sistema de túbulos T e do retículo sarcoplasmático, leva a uma menor qualidade na contração muscular do idoso.

1.5. Alterações no sistema nervoso

Vários pesquisadores relatam que o envelhecimento promove diminuição do peso e volume cerebral, havendo atrofia e aumento do volume dos ventrículos encefálicos. Essa perda caracteriza-se por não ser uniforme, mas aos 90 anos o encéfalo apresenta peso aproximadamente 10% menor que aos 30 anos (BERTOLUCCI, 1998; JACOB & SOUZA, 2000; COHEN, 2001; UMPHRED & LEWIS, 2001).

A perda de peso e volume parece se concentrar nos lobos frontais e temporais, e especialmente no complexo amígdala-hipocampal do lobo temporal por causa de seu papel no aprendizado e na memória (COFFEY, 1992; LEVY & MENDONÇA, 2000; UMPHRED & LEWIS, 2001).

As alterações no sistema nervoso podem ser causadas por morte celular, atrofia neuronal, ou perda de substância branca. Também há uma perda contínua no córtex dos giros pré-centrais, que corresponde à área motora primária, giros temporais e córtex cerebelar (COFFEY, 1992; JACOB & SOUZA, 2000; LEVY & MENDONÇA, 2000).

Alguns estudos também têm demonstrado que a diminuição da substância cinzenta relacionada com a idade, pode ser causada pela atrofia neuronal. Assim o processo de senescência não altera a estrutura da rede neuronal, mas a capacidade do neurônio de funcionar normalmente. Essa alteração pode ser devido a alterações da sensibilidade da membrana e da função do neurotransmissor (COFFEY, 1992; LEVY & MENDONÇA, 2000).

1.6. Alterações no sistema cardiovascular

O envelhecimento promove alterações no sistema cardio-respiratório que vão desde alterações nos vasos, no músculo cardíaco, nas válvulas cardíacas, bem como na caixa torácica e no pulmão (AUCAR & MATTOX, 1998; GILLES, 1999; LEME, 2000).

A senescência leva a uma diminuição no número de fibras elásticas na parede da aorta, enquanto há um aumento das fibras colágenas e deposição de sais de cálcio. Isso leva a uma compensação da aorta, que passa a apresentar um aumento de seu diâmetro interno, tentando reduzir os efeitos hemodinâmicos das alterações na textura de sua parede (KAUFFMAN & LANGER, 2000; COHEN, 2001; LUSTRI & MORELLI, 2004).

Esse processo arteriosclerótico também atinge artérias e arteríolas de menor calibre, como as carótidas, as coronárias e as arteríolas renais, que como consequência apresentarão diminuição da elasticidade da parede arterial, levando a alterações no funcionamento da bomba cardíaca (KAUFFMAN & LANGER, 2000; COHEN, 2001; WOJCIK & NIELDA, 2001; LUSTRI & MORELLI, 2004).

A perda da elasticidade dos vasos, resulta em menor capacidade de aceitação do débito cardíaco para o sistema vascular, o que faz com que esse sistema mantenha um estado de vasodilatação aumentado. Além disso, o maior teor de colágeno nos vasos resulta em histerese aumentada nas paredes dos vasos, causando mais dilatação (WOJCIK & NIELDA, 2001).

Devido à perda da elasticidade dos vasos, há uma redução na capacidade de compressão do vaso, e conseqüentemente uma redução na propulsão sangüínea, fazendo com que o organismo promova um aumento da pressão arterial (WOJCIK & NIELDA, 2001).

Para Petroianu (1999), o coração humano aumenta em massa aproximadamente 1g/ano nos homens e 1,5g/ano nas mulheres. Além disso, também foi verificado aumento maior da espessura do septo interventricular do que da parede do ventrículo esquerdo, que pode até ter uma redução, como ocorre em pessoas sedentárias.

No coração do idoso pode-se verificar acúmulo de gordura, principalmente nos átrios e no nível do septo intercavitário, além de fibrose que se manifesta pelo aumento de fibras colágenas e elásticas. As valvas cardíacas sofrem alterações, principalmente a mitral, que

apresenta calcificação e degeneração mucóide ou mixomatosa (JACOB & SOUZA, 2000; LUSTRI & MORELLI, 2004).

A calcificação é freqüente no coração do idoso, acentuando-se com o envelhecimento, ela está presente em 50% das pessoas com idade superior a 80 anos e atinge com mais freqüência as mulheres. A degeneração mixomatosa caracteriza-se por apresentar substituição de um núcleo colágeno denso, que se estende com o tecido conectivo do esqueleto cardíaco por um tecido conectivo frouxo e esponjoso, atingindo com mais freqüência a cúspide posterior da valva mitral (JACOB & SOUZA, 2000; LUSTRI & MORELLI, 2004).

As artérias coronárias sofrem as alterações que caracterizam o processo de envelhecimento natural do ser humano, sendo que uma das alterações mais freqüentes é a tortuosidade dos vasos epicárdicos, principalmente quando há redução no tamanho dos ventrículos. Associado a isso, há relatos da presença de dilatação das artérias coronárias em idosos e, eventualmente, diminuição volumétrica dos ventrículos (PASINI et al, 2000; JACOB & SOUZA, 2000; COHEN, 2001).

Outras alterações são as perdas de tecido elástico e aumento do colágeno na parede vascular, calcificação das artérias epicárdicas, que em indivíduos acima dos 90 anos está associado à calcificação das valvas aórtica e mitral, caracterizando a síndrome da calcificação cardíaca senil (JACOB & SOUZA, 2000; PASINI et al, 2000).

1.7 Alterações no sistema respiratório

As alterações no sistema respiratório compreendem mudanças no nariz, nas cartilagens costais, nas articulações costosternais, e até mesmo alterações no pulmão. O envelhecimento fisiológico promove aumento progressivo das cartilagens, assim um indivíduo da terceira idade, apresenta crescimento do nariz cerca de 0,5 cm. tanto no comprimento quanto na largura. A junção das cartilagens costais com o esterno, bem como as cartilagens da traquéia e

dos brônquios se calcificam, tornando-se mais rígidas (JACOB & SOUZA, 2000; LEME, 2000; LUSTRI & MORELLI, 2004).

Essa rigidez também atinge a articulação do manúbrio com o esterno, que com o envelhecimento se fundem. Em virtude desses acontecimentos, o idoso apresentará uma caixa torácica com menos mobilidade, afetando a complacência respiratória. Os músculos lisos presentes nos bronquíolos, são gradualmente substituídos por tecido conjuntivo, perdendo sua distensibilidade (JACOB & SOUZA, 2000; COHEN, 2001; LUSTRI & MORELLI, 2004).

Contrariamente ao aumento do número de fibras elásticas, os pulmões perdem elasticidade com o envelhecimento. A superfície alveolar também diminui em virtude do enfraquecimento muscular, fibrose e calcificação das estruturas do tórax, assim o volume de ar inspirado aos 70 anos é a metade do que inspiramos aos 30, levando o idoso a usar o diafragma com maior intensidade (PETROIANU & PIMENTA, 1999; LEME, 2000; COHEN, 2001).

2 QUALIDADE DE VIDA

Segundo Lawton et al, (1999) “a avaliação de vida constitui uma definição operacional de um estado interno, que expressa uma mistura de saúde mental positiva, qualidade de vida domínio-específica, determinação e propósito de vida”.

Na avaliação da própria vida o indivíduo não apenas avalia o que vivenciou até então, sua vida pregressa, suas conquistas, seus fracassos, sua satisfação ou insatisfação com o que realizou, se preencheu ou não seu plano de vida, suas expectativas, mas olha para frente e avalia suas possibilidades futuras, se, dado o que conseguiu até então, terá oportunidade de construir ou vivenciar um futuro melhor, ou se as perspectivas são sombrias: até mesmo se terá forças de superar o mau momento, caso esteja passando por um momento ruim (PASCHOAL, 2000).

Assim, o processo de avaliação de vida, é único, pessoal e diferente variando de indivíduo para indivíduo, podendo sofrer influências do ambiente sócio-econômico-cultural. Deste modo, assim como a avaliação de vida é pessoal, o termo qualidade de vida também sofre influências de pessoas para pessoa, de lugares e ocasiões diferentes (PASCHOAL, 2000).

“Qualidade de vida é a sensação de bem estar de uma pessoa, sua satisfação ou insatisfação, ou felicidade ou infelicidade” (DALKEY & ROURKE, 1973).

“Qualidade de vida é a qualidade de nossas vidas em cada ponto do tempo do nascimento até a morte” (TORRANCE, 1987). “Qualidade de vida é o quanto vale a pena a vida de uma pessoa para a própria pessoa” (SANDOE & KAPPEL, 1994).

Para Paschoal, 2000 a melhor definição de qualidade de vida, é a apresentada pelo grupo de especialistas da OMS, “Qualidade de vida é a percepção do indivíduo a cerca de sua

posição na vida de acordo com o contexto cultural e os sistemas de valores com os quais vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1995).

Lawton em 1991 foi conduzido por conceitos estruturais de multidimensionalidade a elaboração de um modelo de avaliação da qualidade de vida que atualmente é amplamente conhecido na literatura gerontológica internacional, contendo quatro dimensões conceituais: competência comportamental, condições ambientais, qualidade de vida percebida e bem-estar subjetivo (NERI, 2001; NERI, 2004).

Competência comportamental. Representa a avaliação sócio-normativa do funcionamento do indivíduo no tocante à saúde, à funcionalidade física, à cognição, ao comportamento social e à utilização do tempo. É comumente avaliada em termos do grau de preservação da capacidade para o desempenho de atividades básicas de vida diária (AVDs) e de atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) (NERI, 1993; NERI, 2000; NERI, 2001).

Baltes et al (1999), propuseram um modelo bidimensional com relação ao que a literatura denomina competências de vida diária, as quais dizem respeito ao manejo das exigências da vida prática, e assim, são pré-requisitos para a independência e a autonomia. O primeiro domínio é chamado por eles de competências básicas (CoBa) e inclui aquelas relativas ao autocuidado e ao manejo de atividades instrumentais rotineiras, automáticas e necessárias à sobrevivência, (por exemplo utilizar transporte e fazer compras).

O segundo domínio é o das competências expandidas (CoEx) e inclui atividades sociais e de lazer escolhidas pela pessoa, bem como atividades instrumentais que assegurem o contato do idoso com o mundo externo e com o self. Sono e descanso são categorias que se sobrepõem a todas, porque são indicativas de saúde e da funcionalidade física e mental, bem como do conjunto das competências comportamentais (NERI, 2004).

A dependência acentuada, associada à impossibilidade de realizar as atividades básicas de autocuidado não é um fato universal na velhice. Ao contrário, estudos epidemiológicos mostram que apenas 4% dos idosos de mais de 65 anos apresentam incapacidade acentuada, contra 20% que apresentam um leve grau de incapacidade. Depois dos 85 anos, a sensibilidade à incapacidade é cerca de cinco vezes maior do que aos 65 anos, e o percentual de portadores de incapacidade moderada sobe para 46% (GATZ, 1995).

A incapacidade para o desempenho de atividades instrumentais de vida diária não significa necessariamente impedimento para a continuidade do funcionamento cognitivo e emocional. Além disso, os idosos são capazes de ativar mecanismos de compensação para enfrentar perdas em funcionalidade, quer lançando mão de recursos tecnológicos e de apoios sociais e psicológicos, quer valendo-se do controle exercido sobre o comportamento de outras pessoas (NERI, 2001; NERI, 2004).

Condições ambientais: a qualidade de vida na velhice tem relação direta com a existência de condições ambientais que permitam aos idosos desempenhar comportamentos biológicos e psicológicos adaptativos. Guardam relação direta com o bem-estar percebido. Quando os idosos gozam de independência e autonomia, eles próprios podem providenciar arranjos para que seu ambiente torne-se mais seguro, variado e interessante. Se os idosos já não dispõem de possibilidades de manejo do próprio ambiente físico, é necessário que os membros da família ou das instituições por eles freqüentadas cuidem desses aspectos. Essas ações são compatíveis com a criação de ambientes amigáveis, que incluem instrumentos, equipamentos e adaptações construtivas (NERI, 2001; NERI, 2004).

Qualidade de vida percebida: a avaliação subjetiva que cada pessoa faz sobre seu funcionamento em qualquer domínio das competências comportamentais é o conteúdo primário da qualidade de vida percebida. Ou seja, esta dimensão compreende uma estrutura interna que corre em paralelo com a competência comportamental. Porém, enquanto esta é

avaliada por critérios objetivos, a qualidade de vida percebida é por definição um elemento subjetivo. As medidas mais comumente contempladas pela pesquisa sobre esta dimensão são: saúde percebida, doenças relatadas, consumo relatado de medicamentos, dor e desconforto relatados, alterações percebidas na cognição, e auto-eficácia nos domínios físico e cognitivo (DIENER & SUH, 1997; NERI, 2001).

Bem-estar psicológico: este domínio reflete a avaliação pessoal sobre o conjunto e a dinâmica das relações entre as três áreas precedentes. Isso significa que o senso de bem estar psicológico não resulta do simples cômputo das competências, possibilidades e satisfações. Há três aspectos centrais à avaliação do bem-estar subjetivo: pertence ao âmbito da experiência privada; sua avaliação inclui tanto avaliação global quanto avaliações referenciadas a domínios tais como saúde física e cognitiva, sexualidade, relações sociais, relações familiares e espiritualidade; inclui medidas cognitivas (Ex: satisfação) e emocionais (Ex: afetos positivos e negativos). Avaliações dessa natureza dependem do self, cuja continuidade permite analisar a experiências pessoais numa perspectiva temporal e comparativa. A continuidade do self é mantida na velhice, mesmo na presença de dependência (LAWTON, 1983; LAWTON, 1991; NERI, 2001).

Um aspecto essencial do bem estar psicológico é, assim, a capacidade de acomodação às perdas e de assimilação de informações positivas sobre o self. O senso de auto-eficácia e o senso de agência podem sofrer alteração quando a fragilidade aumenta e a dependência se faz presente, mas os idosos preservam a capacidade de desenvolver estratégias compensatórias de natureza emocional, que lhes permite manter o equilíbrio. Assim como a velhice é uma experiência heterogênea, a qualidade de vida nesse período da vida é um fenômeno multidimensional e multideterminado. Dessa forma, seu estudo pede a adoção de critérios conjuntos de natureza sócio-demográfica, política, médica, epidemiológica, ecológica e psicológica (NERI, 2001; NERI, 2004).

2.1 Envelhecimento com qualidade de vida

A relação entre atividade física, saúde, qualidade de vida e envelhecimento vem sendo cada vez mais discutida e analisada cientificamente. Atualmente é praticamente um consenso entre os profissionais da área da saúde que a atividade física é um fator determinante no sucesso do processo do envelhecimento e conseqüentemente na manutenção da qualidade de vida (CASPERSEN et al, 1991; MATSUDO, 2001; LEE & SKERRETT, 2001).

Uma das mais relevantes contribuições feitas pelas recentes pesquisas na área da atividade física e envelhecimento tem sido o recente posicionamento oficial sobre exercício e atividade física para o idoso (AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 1998).

A realização de atividades recreativa na terceira idade, é vista como de fundamental importância para o processo de envelhecimento, visto que apresentam importantes funções como descanso e recuperação do desgaste físicos e mentais causados pelas atividades cotidianas, recreação e entretenimento, e como a mais importante a função de desenvolvimento pessoal, permitindo uma participação social maior e mais livre (FERRARI, 1996).

Os mais renomados especialistas da área concluem que a participação em um programa de exercício regular é uma modalidade de intervenção efetiva para reduzir e/ou prevenir alguns dos declínios associados com o envelhecimento (BUCHNER & WAGNER, 1992; MATSUDO, 2001).

Para que esses resultados sejam percebidos, são preconizados programas simples de atividade física com duração mínima de duas vezes por semana, priorizando atividades aeróbias e exercícios de fortalecimento e alongamento muscular (ELWARD & LARSON, 1992; CHANDLER et al, 1998; CRESS et al, 1999; BEISSNER et al, 2000; KING et al, 2000).

O treinamento aeróbico é efetivo para manter e melhorar as funções cardiovasculares, visto que minimiza a redução do VO₂ máximo e, portanto, o desempenho físico, assim como tem um papel fundamental na prevenção e tratamento de diversas doenças crônico-degenerativas, contribuindo para aumentar a expectativa de vida. O treinamento de força, por sua parte, está relacionado, com a compensação na perda da massa e força muscular, os alongamentos atuam na manutenção da flexibilidade e manutenção da ADM, melhorando a capacidade funcional e conseqüentemente a qualidade de vida (MATSUDO, 2001; COHEN, 2001).

A atividade física tem sido comprovada como eficaz em minimizar os efeitos do processo de envelhecimento e, portanto, manter a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios (LUUKINEN et al, 1995; CHANDLER et al, 1998; RAMOS et al, 1998; CARTER & O'DRISCOLL, 2000; KOITYN, 2001; RAMOS, 2003; SCHROLL, 2003).

Além disto, a prática controlada de exercícios físicos também pode reduzir quedas, fraturas e acidentes, além de permitir o controle e redução das doenças crônicas, maximização da saúde psicológica, aumento da mobilidade e capacidade funcional, auxiliando na reabilitação de doenças crônicas e agudas. (AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 1998; CARTER & O'DRISCOLL, 2000; SILVESTRE & NETO, 2003).

Portanto, a capacidade funcional surge como um novo paradigma de saúde, particularmente relevante para o idoso. Envelhecimento saudável, dentro dessa nova ótica, passa a ser a resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. (KANE & KANE, 1981; FILLENBAUM, 1984; RAMOS & SAAD, 1990; GALINSKI, 1993; RUBESTEIN & RUBESTEIN, 1998; BRASIL, 1999; GEIS & RUBÍ, 2001).

Em oposição a isso, percebemos que idosos que não têm uma manutenção de sua qualidade de vida apresentam além de um nível reduzido de atividade física, um número crescente de doenças crônicas que acompanham o envelhecimento, e que freqüentemente propiciam um círculo vicioso: doenças, incapacidades, perda da funcionalidade (REJESKI & FOCHAT, 2002; KARSCH, 2003).

Uma análise feita em trabalhos que avaliam a qualidade de vida, deixou evidente a predominância das dimensões psicológicas e sociais. A preocupação com a saúde física aparece com menor intensidade. E aparece de forma peculiar: o quanto a saúde física influencia a satisfação de vida (PASCHOAL, 2000).

Neri (1993) faz uma revisão da pesquisa gerontológica sobre qualidade de vida na idade madura e na velhice, partindo do pressuposto de que, nessas fases, também é possível haver boa qualidade de vida, apesar da aparente contradição entre velhice e bem estar. Afirma que várias disciplinas no âmbito das ciências biológicas, da psicologia e das ciências sociais, têm a tarefa de "identificar as condições que permitem envelhecer bem, com boa qualidade de vida e senso pessoal de bem-estar".

3 MATERIAL E MÉTODOS

Os instrumentos utilizados para a realização desta pesquisa foram os questionários, The MOS 36-item Short – Form Health (SF-36), escala de Lawton para AIVDs, um questionário sobre as principais doenças que acometem idosos, além do questionário dos dados pessoais (anexo I).

Todos os questionários foram aplicados com o intuito de colher dados, numa tentativa de mensurar a qualidade de vida dos idosos da cidade de Varginha MG.

A escolha do questionário SF-36, foi determinada por se tratar de um importante instrumento de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde de uma determinada população, sendo ele muito disseminado e validado em diferentes contextos, e é considerado na atualidade, a medida de saúde mais largamente utilizada em todo mundo. O fato de ser considerado um instrumento de confiança da comunidade científica e para muitos autores ser considerado padrão-ouro, também teve grande peso na escolha. Tal questionário foi traduzido e validado para a língua portuguesa por Cicoelli et al em 1999.

A principal característica do SF-36 é de ser prático, ou seja, de simples aplicação, requerendo apenas alguns minutos. Outra importante característica é a de utilizar quatro semanas como período de tempo para identificar “problemas” experimentados ou vivenciados pelo indivíduo, Visto que alguns questionários utilizam um ano como período de tempo, porém para a qualidade de vida, principalmente na velhice um ano é um período muito longo e dependendo das circunstâncias, a qualidade de vida de um indivíduo varia rapidamente, indo de um pólo a outro. Sendo quatro semanas consideradas um período ideal. O SF-36 apenas utiliza um ano na pergunta que compara a saúde atual com a de um ano atrás.

Trata-se de um questionário composto por 36 itens, que se dividem por 8 tópicos ou escalas:

- 1) Capacidade Funcional que é composta por 10 itens, esta avalia a presença e extensão de limitações relacionadas à capacidade física;
- 2) Aspecto Físico composto por 4 itens onde se avalia as limitações quanto ao tipo e quantidade de trabalho, bem como essas limitações dificultam a realização do trabalho e das atividades da vida diária;
- 3) Dor composta por 2 itens, avalia-se a presença de dor, sua intensidade e sua interferência nas atividades da vida diária;
- 4) Estado Geral de Saúde composto por 5 itens, este avalia como o paciente se sente em relação a sua saúde global;
- 5) Vitalidade com 4 itens, considera o nível de energia e de fadiga;
- 6) Aspecto Social 2 itens, onde se analisa a integração do indivíduo em atividades sociais;
- 7) Aspecto Emocional composto por 3 itens e avalia o impacto de aspectos psicológicos no bem estar do paciente
- 8) Saúde Mental que contém 5 itens e inclui questões sobre ansiedade, depressão, alterações no comportamento ou descontrole emocional e bem estar psicológico.

Este questionário apresenta um escore final de 0 a 100, no qual corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado de saúde.

O questionário ou escala de Lawtom é mais específico e determina grau das AIVDs do indivíduo. A escala de Lawtom para as AIVDs é um instrumento confiável e avalia outros aspectos além das atividades da vida diária pura, como a comunicação, a interação social, as

atividades domésticas, o trabalho, o lazer e as atividades cotidianas, visto a importância desses aspectos na vida de uma pessoa.

O questionário sobre as patologias que acarretam os idosos da cidade de Varginha foi aplicado com o único objetivo, o de colher tais dados, porém não foi possível computar tais dados mediante a grande dificuldade encontrada pela maioria dos idosos em responder essa questão, então se optou por não utilizá-lo.

O questionário dos dados pessoais foi aplicado com o intuito principal de identificar os idosos e certificar que todos estavam na faixa etária acima de 60 anos. Neste mesmo questionário foi colhido dados com escolaridade, estado civil, número de filhos, entre outros com o único intuito de retratar demograficamente esses idosos, porém não foi feita a relação de tais dados com a qualidade de vida, já que o presente estudo tem por objetivo mensurar a qualidade de vida e não o de justificá-la.

A aplicação dos questionários foi realizada em parceria com as escolas particulares e estaduais da cidade de Varginha sendo que em ambos os casos foram requeridas autorizações para realização de tais parcerias. As escolas particulares o pedido de autorização foi feito a própria diretoria das escolas e as estaduais, o pedido de autorização foi feito a delegacia de ensino de Varginha (ver anexo II) por meio da superintendente de ensino Vânia Maria Benfica Guimarães Pinto Coelho.

Nestas parcerias foi estabelecido que cada aluno de oitava série, ficaria responsável por entrevistar ou quando possível, somente orientar 1 (um) idoso, ou seja qualquer pessoa acima de 60 anos a responder o questionário.

A forma de distribuição e aplicação de tais questionários, por intermédio de alunos das escolas de Varginha, foi determinada pelos autores da pesquisa para que a mesma se tornasse viável, visto que o número determinado de idosos para um N favorável é relativamente alto.

Embora o questionário possua linguagem simples e seja auto-aplicável, entendemos que pudessem existir dificuldades em responder os questionários para alguns idosos, principalmente para aqueles de baixa ou nenhuma escolaridade, sendo assim, fora instruídos aos alunos de oitavas séries que mediante a tais situações, fizessem eles próprios uma entrevista com o idoso, lembrando-o sempre quanto à sinceridade ao responder as questões e a importância de tal pesquisa para a população Varginhense.

Foram distribuídos 1100 questionários em 16 (dezesesseis) escolas da rede pública e privada, nos períodos de 01 de Setembro de 2004 a 30 de Novembro de 2004, Sendo 01 (um) questionário para cada aluno e o mesmo sendo instruído a entrevistar ou auxiliar um idoso no preenchimento das respostas dos mesmos, conforme já descrito.

Desses 1100 questionários, foram entregue 580, dos quais somente 394 estavam respondidos e desses foram validados e utilizados 368.

Os 368 questionários utilizados no presente estudo equivale a um grau de confiança de 95% se relacionado a população idosa de Varginha, que segundo o CENSO de 2002 é de 8776 pessoas com idade superior à 60 anos (anexo III).

Os critérios de exclusão foram estabelecidos de acordo com o intuito da pesquisa, sendo assim não foram validados questionários de pessoas com menos de 60 anos ou que não tenha preenchido os campos nos dados pessoais da data de nascimento e do nome no mínimo, ou que tenha deixado de responder as questões propostas nos questionários.

Para ser incluído na pesquisa o idoso não poderia ser institucionalizado.

Vale a pena ressaltar que os responsáveis pela pesquisa não tiveram nenhum contato com os participantes, justamente para que não houvesse nenhuma suspeita de indução às respostas.

4 Resultados

4.1 Perfil dos Entrevistados

A amostra considerada de 368 entrevistados provêm do município de Varginha sendo 112 que equivale a 30,43%, são do sexo masculino e 256 (69,57%) do sexo feminino. Desta amostra 205, ou seja, 55,71% dos indivíduos apresentaram idade entre 60 e 69 anos, 121 (32,88%) apresentaram idade entre 70 e 79 anos, 37 (10,05%) apresentaram idade entre 80 e 89 anos, 5 (1,36%) apresentaram idade entre 90 e 99 anos, e não houve nenhum indivíduo com idade superior a 100 anos.

Verificou-se na amostra que 48,10% referente a 117 entrevistados eram casados, 21 (5,7%) eram solteiros, 160 (43,48%) eram viúvos e 7 indivíduos (1,90%) eram separados.

Também se pode observar que 21, ou seja, 5,71% dos entrevistados não possuíam filhos, 19 (5,16%) dos entrevistados possuíam um filho, 40 (10,87%) possuíam dois filhos, 39 (10,60%) possuíam três filhos, 50 deles possuíam quatro filhos, esse numero é equivalente a 13,59% , e da mesma forma 50 (13,59%) possuíam cinco filhos, e 146, ou seja, 39,67% dos entrevistados possuíam mais de cinco filhos.

Em relação à qualificação acadêmica 99, que equivale a 26,90% dos entrevistados não apresentaram nenhum grau de escolaridade, a maioria deles, 42,39% referente a 156 indivíduos apresentaram 1º Grau incompleto, 43 (11,68%) concluíram o 1º Grau, 10 (2,72%) apresentaram 2º Grau incompleto, 30 (8,15%) concluíram o 2º Grau, 7 (1,90%) apresentaram curso superior incompleto, 13 (3,53%) apresentaram curso superior completo e 5 (1,36%) têm pós-graduação.

4.2 Resultados do questionário SF-36

O estudo realizou-se com uma amostra de 368 sujeitos. Em análise da capacidade funcional, observou-se que 90, que equivale a 24,46% dos entrevistados possuíam entre 0 e 32% da capacidade, 136, ou seja 36,96% possuíam entre 33% e 67% e a maioria, 142 (38,59%) possuíam entre 68% e 100% da capacidade funcional.

Relativo aos aspectos físicos, 41,03%, equivalente a 151 dos entrevistados possuíam entre 0 e 32% dos aspectos preservados, 47 (12, 77%) possuíam entre 33% e 67% e 170, ou seja 46,20% possuíam entre 68% e 100% dos aspectos físicos preservados.

Quanto a avaliação da dor, 22,01% dos entrevistados possuíam entre 0 e 32% de dor, esse número equivale a 81 indivíduos, 163 entrevistados, ou seja 44,29% possuíam entre 33% e 67% e 33,70%, referente a 124 deles possuíam entre 68% e 100% de dor.

O estado geral da saúde de 74 dos entrevistados, ou seja, 20,11% se encontra entre 0 e 32%; de 44,84%, que é equivalente a 165 indivíduos, se encontra entre 33% e 67% e de 129 deles, (35,05%) se encontra entre 68% e 100%.

Com relação a vitalidade, 19,02%, ou seja, 70 dos entrevistados possuíam entre 0 e 32% de vitalidade, 176, que equivale a 47,83% possuíam entre 33% e 67% e 122 (33,15%) deles possuíam entre 68% e 100% de vitalidade.

Ao analisar os aspectos sociais observou-se bom resultado, pois apenas 34 dos entrevistados possuíam entre 0 e 32% dos aspectos preservados, esse número equivale a 9,24% do total, 128 (34,78%) possuíam entre 33% e 67% e 55,98%, que é equivalente a 206 deles possuíam entre 68% e 100% dos aspectos sociais preservados.

O aspecto emocional de 96, ou seja, 26,09% dos entrevistados, permaneceu entre de 0 a 32%, de 132 (35,87%) esteve entre 33% e 67% e de 140, referente a 38,04% esteve entre 68% e 100%.

Finalmente ao se avaliar a saúde mental dos entrevistados, pode-se observar que 16,30% dos entrevistados, ou seja, 60 deles, possuíam de 0 a 32% da saúde mental preservada, 134 (36,41%) possuíam entre 33% e 67% e 174, que equivale a 47,28% possuíam entre 68% e 100% da saúde mental preservada.

4.3 Resultados do questionário de Lawton

A escala de Lawton igualmente foi aplicada a mesma amostra de 368 indivíduos e foi verificado que para preparar suas refeições por conta própria apenas 49, ou seja 13,32% dos indivíduos não possuem habilidade, 54 deles (14,67%) necessitam de auxílio e a maioria, (72,01%) que equivale a 265 indivíduos realizam a tarefa independentemente.

Quanto a realizar tarefas manuais por conta própria, do total de entrevistados, 30 dos indivíduos (8,15%), não possuíam habilidade, 18,48%, ou seja, 68 deles necessitam de auxílio para realizar e grande maioria, 73,37% referente a 270 realizam suas tarefas sozinhos, sem auxílio nenhum.

Com relação à capacidade de lavar suas próprias roupas, o número de pessoas sem habilidade para tal tarefa é maior, 70 indivíduos, ou seja, 19,02%. Os que necessitam de auxílio são 53 (14,40%) e 66,58% que equivale a 245 idosos lavam suas roupas independentemente.

Ao se avaliar a habilidade para tomar seus medicamentos por conta própria, 23 do total de entrevistados, ou seja, 6,25% não possuem tal habilidade, 55 deles (14,96%), necessitam de auxílio, e a grande maioria, 290 indivíduos que corresponde a 78,80% deles, tomam seus medicamentos sozinhos sem nenhum auxílio.

Quanto a ir andando aos locais onde precisam ir, 37 dos entrevistados, (10,05%) não possuem habilidades, 18,75%, ou seja, 69 deles, necessitam de auxílio e 71,20% o que é equivalente a 262 indivíduos realizam tal tarefa com independência.

Relativo a ir a padaria, 44 dos entrevistados, que equivale a 11,960% dos indivíduos não possui habilidades, 42 deles (11,41%) necessitam de auxílio e a maior parte deles, ou seja, 282 indivíduos, 76,63% do total vão à padaria independentemente.

Quanto a habilidade para manusear seu próprio dinheiro, 33 dos entrevistados, ou seja 8,97% deles não possuem habilidade, 49 (13,32%) dos indivíduos necessitam de auxílio para manusear seu dinheiro e a grande maioria deles, 286 que é equivalente a 77,72% do total de entrevistados manuseiam seu dinheiro sem que seja necessário auxílio.

E finalmente, relativo a usar o telefone, do total de entrevistados 52, ou seja 14,13% deles não possuíam habilidade, 13, 32% deles, que equivale a 49 indivíduos, necessitem de ajuda para usar o telefone e 267 entrevistados, equivalente a 72,55% deles usam o telefone independentemente.

5 DISCUSSÃO

5.1 SF-36

Segundo (PIRES et al., 2002; BARBOSA, 2001; BONACHELA, 1994; KRASEVEC & GRIMES; POWERS & HOWLY, 2000.) as capacidades físicas, são regredidas ao decorrer do processo de envelhecimento, sendo assim há uma diminuição na capacidade física que incluem: coordenação motora grossa e fina, habilidades, equilíbrio, esquema corporal, visão e audição.

Porém, pode-se perceber que uma minoria dos idosos da cidade de Varginha apresentou uma regressão na capacidade física e que a maioria a apresentou de moderada a totalmente preservada.

No Brasil, estimativas demonstram que os idosos apresentam mais problemas de saúde que a população geral. Em 1999, dos 86,5 milhões de pessoas que declararam ter consultado um médico nos últimos 12 meses, 73,2% eram maiores de 65 anos. Esse também foi o grupo de maior coeficiente de internação hospitalar (14,8 por 100 pessoas no grupo) no ano anterior. Mais da metade dos idosos apresentava algum problema de saúde (53,3%), sendo 23,1% portadores de doenças crônicas. Sendo assim, os idosos no Brasil sentem que sua saúde em geral não é boa.

Em Varginha, apenas 21,53% dos idosos apresentaram um estado geral da saúde regular, contrariando os dados da população brasileira como um todo. Pode-se observar que a maioria apresentou um bom estado geral da saúde, e cerca de 34,22% sentem que sua saúde é excelente.

Quando se fala sobre as doenças presentes na terceira idade, é importante lembrar a parcela que cabe aos transtornos mentais. Em 1997, internações psiquiátricas na faixa etária

de 60 anos ou mais apareciam entre as dez primeiras causas de internação para o sexo masculino, mas não para o feminino. Porém, escassos são os estudos realizados no Brasil sobre a prevalência de transtornos mentais no idoso vivendo na comunidade.

No município de São Paulo, Ramos et al (1993) detectaram uma prevalência de 27% de transtornos mentais por meio da versão simplificada do Older Americans Resources and Services (OARS), previamente validada no mesmo município. Almeida Filho et al (1984) encontraram prevalência de 33% para esses transtornos avaliando idosos em uma área urbana de Salvador, Bahia.

Um índice menor de acometimentos em relação saúde mental, foi encontrado no município de Varginha, onde somente 16,22% dos entrevistados apresentaram um alto déficit em sua saúde mental, sendo que a maioria, cerca de 45% apresentou sua saúde mental relativamente preservado.

Freqüentemente o idoso tem mais de uma queixa dolorosa. Pesquisa com 58 idosos candidatos ao Grupo de Atendimento Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial (Gamia) do Hospital das Clínicas/ FMUSP revelou que 46 (79,3%) candidatos referiam dor, dos quais 16 (34,7%) referiam dor em uma localização, 17 (36,9%) duas dores e 13 (28,4%) três ou mais queixas dolorosas.

No presente estudo, aproximadamente 78% dos entrevistados referiram dor de moderada a intensa, índice esse que se assemelha ao estudo do HC/ FMUSP, sendo assim, pode-se perceber que dor é um fenômeno que ocorre em geral nos idosos independente da região. Em Varginha, apenas 22% dos idosos entrevistados relataram pouca ou nenhuma dor.

Para Ballone, 2002 GJ, os idosos sofrem diversas alterações nas funções psíquicas com e pelo envelhecimento, dentre elas a afetividade deve ser destacada, e com a afetividade alterada o idoso pode ser vítima de um isolamento social, levando a depressão. A afetividade

pode ser definida como sendo a capacidade de experimentar sentimentos e emoções, como um estado de ânimo que proporciona a tonalidade do relacionamento do indivíduo com o mundo e consigo próprio. No presente estudo pode-se observar que os idosos apresentaram seu aspecto emocional relativamente preservado, onde a maioria dos idosos apresentaram de bom a excelente emocional.

A questão social, entretanto, talvez seja o fator depressiogênico para o idoso mais proeminente em nosso meio sócio-cultural (BALLONE 2002).

A atual sociedade brasileira é eivada de tabus e preconceitos que dificultam a participação dos “indivíduos envelhecidos”, de forma integral, nas atividades sociais, profissionais, físicas e de lazer (Charles Darwin).

Diversos estudos realizados nos últimos anos, têm demonstrado que a longevidade depende de uma combinação de fatores. Entretanto, ressalta-se que as variáveis no relacionamento social e psicológico, prognosticam a longevidade com maior precisão que as variáveis biológicas. A permanência em grupos sociais e um estilo de vida mais ativo, com certeza estará influenciando para um envelhecimento biológico mais saudável, assim como favorecendo um menor aparecimento das doenças (Charles Darwin).

Pode-se observar em Varginha um alto índice de idosos socialmente ativos, ou seja, cerca de 90% dos idosos se apresentam total ou parcialmente sociáveis e aproximadamente 80% deles, apresentam seus níveis de energia moderadamente ou totalmente preservados.

5.2 Lawton

O conceito de envelhecer mantendo suas funções está intimamente ligado à manutenção de autonomia do idoso e a manutenção da autonomia está intimamente ligada à qualidade de vida. Portanto, uma forma de se procurar quantificar a qualidade de vida de um indivíduo é através do grau de autonomia com que o mesmo desempenha as funções do dia-a-dia que o

fazem independente dentro de seu contexto socioeconômico-cultural (Grimley-Evans apud Alexandre Kalache, 1987).

Sendo assim a escala de Lawton para as AIVDs foi bem utilizada para mensuração da qualidade de vida dos idosos.

Para Alexandre Kalache' 1987, nos países do Terceiro Mundo, envelhecimento pode preceder em muito a barreira artificial dos sessenta ou sessenta e cinco anos, sendo que um operário aos 50 anos, devido as condição de um país em desenvolvimento pode estar funcionalmente envelhecido com sua autonomia prejudicada. Porém mesmo Varginha sendo uma cidade brasileira e conseqüentemente em desenvolvimento, a população idosa em geral possuem um grau de independência relativamente alto, para todas tarefas propostas no questionário, sempre acima de 70% dos idosos as realizavam independentemente.

CONCLUSÃO

Devido ao aumento do interesse em se avaliar a qualidade de vida da população idosa em geral, um numero crescente de pesquisas vem sendo desenvolvidas nessa área. Com isso, ao se realizar o presente estudo na população de Varginha, pode-se observar que em geral, os resultados foram positivos apresentando valores satisfatórios no que diz respeito à qualidade de vida dos idosos, principalmente no que se refere a independência e autonomia. Porém apesar dos bons resultados, pode-se perceber que no aspecto dor, os valores não foram tão positivos, onde há um índice elevado de idosos que relatam algum tipo de dor e que essa dor interfere na sua vida de alguma forma.

Contudo pode-se concluir que o fator dor não foi significativo para a redução da qualidade de vida, não sendo este um fator determinante para a mesma, pois mesmo com este quesito deficitário não interferiu na média geral da qualidade de vida.

Por outro lado, a integração dos idosos Varginhenses em atividades sociais apresentou o resultado mais positivo. Sendo a socialização um dos principais fatores que influenciam na saúde mental principalmente do indivíduo idoso, observou-se que em Varginha, como os idosos apresentaram uma alta integração em atividades sociais, conseqüentemente apresentaram sua saúde mental relativamente preservada, sendo este item o segundo com o melhor resultado.

Sabendo-se que uma forma eficaz de se mensurar a qualidade de vida de idosos é avaliando o grau de autonomia e independência desses indivíduos e nesse sentido, a população idosa de Varginha deve foi considerada com um alto nível de qualidade de vida.

Conclui-se, portanto que a qualidade de vida da população idosa de Varginha pode ser considerada boa, porém os índices devem ser melhorados principalmente se levarmos em consideração a expectativa de aumento da população idosa para os próximos anos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Filho N.; SANTANA, V.S.; PINHO, A.R.. Estudo epidemiológico dos transtornos mentais em uma população de idosos: área urbana de Salvador/BA. **J. Brás. Psiq.** v.33, p.114-20, 1984.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. Position stand on exercise and physical activity for older adults. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v.30, p.992-1008, [S.L.], 1998.

AMUNDSEN, Luis R. In: **Manual de Reabilitação Geriátrica**. Guanabara Koogan, p. 12-14, Rio de Janeiro, 2001.

AUCAR, J.A.; MATTOX, K.L.. Trauma. In: **Surgical care for the elderly**. 2 ed., p. 427-36. Philadelphia: Raven Publishers; 1998.

BALLONE, GJ - **Alterações Emocionais no Envelhecimento**, in: PsiqWeb. Psiquiatria Geral. Internet, disponível em: <<http://www.psoqweb.med.br/geriat/depidoso.html>> revisto em 2002.

BALLONE GJ - **Depressão no Idoso**, in: PsiqWeb Psiquiatria Geral, Internet, disponível em <<http://www.psiqweb.med.br/geriat/depidoso.html>> revisto em 2002.

BALTES, M. M. Maas. **Everyday competence in old and very old age: Theoretical considerations and empirical findings**. In: P. B. Baltes and K. U. Mayer (Eds.). *The Berlin Aging Study. Aging from 70 to 100*. Cambridge, Cambridge University Press, 1999.

BANDEIRA, F.. **Osteoporose**. Medsi Editora Médica e Científica, Rio de Janeiro, 2000.

BARBOSA, J.H.P.. **Educação física em programas de saúde**. In: Curso de extensão universitária Educação Física na Saúde. Centro universitário Claretiano- CEUCLAR-Batatais, SP, 2001.

BEISSNER, K.L.; COLLINS, J.E.; HOLMES, H. Muscle Force and Range of Motion as Predictors of Function in Older Adults. **Physical Therapy**, v.80 n.6, p. 556-563, [S.L.], 2000.

BERTOLUCCI, Paulo Henrique Ferreira; OKAMOTO, I. H.; NETO, J.T.; RAMOS, L.R.; BRUKI, S.M.D.. Desempenho da população brasileira na bateria neuro psicológica do *Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD)*. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 2, p. 80-83, [S.L], 1998.

BONACHELA, V. **Manual básico de hidroginástica**. Rio de Janeiro: Sprint, 1994.

BORELLI, Aurélio. In: **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**. Atheneu, São Paulo, 2000.

BRASIL. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, n. 237-E, pp. 20-24, 13 dez., seção 1, 1999.

BRUCKI, Sônia M.D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P.H.F.; OKAMOTO, I.H.. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de neuro psiquiatria**, v. 61, n. 3b, São Paulo, setembro, 2003.

BUCHNER, D.M.; WAGNER, E.H.. Preventing frail health. **Clin. Geriatr. Med.**, 8:1-17, 1992.

CARTER, N.; O'DRISCOLL, M. Life Begins at Forty! Should the route to promoting exercise in elderly people also start in their forties? **Physiotherapy**, v.86, n.2, p.85-93, [S.L], 2000.

CARVALHO, Eurico Thomaz Filho. In: **Gerontologia**. Atheneu. São Paulo, 1996.

CARVALHO, C.M.R.G.; FONSECA, C.C.C.; PEDROSA, J.I.. Educação para a saúde em osteoporose, com idosos de um programa universitário: repercussões. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, Rio de Janeiro, maio/junho, 2004.

CASPERSEN, C.J.; BLOEMBERG, B.P.M.; SARIS, W.H.M.; MERRITT, R.K.; KROMHOUT, D.. The prevalence of selected physical activities and their relation with coronary heart disease risk factors in elderly men: The Zutphen study, 1985. **American Journal of Epidemiology**, v.133, p.1078-1092, [S.L], 1991.

CHANDLER, J.M.; DUNCAN, P.; KOCHERSBERG, G.; STUDENSKI, S.. Is Lower Extremity Strength Gain Associated With Improvement in Physical Performance and Disability in Frail, Community-Dwelling Elders? **Archives of Physical Medicine & Rehabilitation**, v.79, p.24-30, [S.L], 1998.

CHARLES DARWIN - **A Questão da Socialização** - disponível em
<<http://www.cdof.com.br/idosos11.htm>>.

CHECOVICH, Mary M.; SMITH, Everett L. In: **Manual de Reabilitação Geriátrica**. Guanabara Koogan. p. 10-12, Rio de Janeiro, 2001.

CICONELLI, RM. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36- item Short-Form Helth Survey" (Brasil SF-36). **Tese de doutorado em medicina. Universidade Federal de São Paulo**. São Paulo, 1997.

CICONELLI, R.M.; FERRAZ, M.B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M.R.. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.39, p.143-50, [S.L], 1999.

COFFEY, C.E.. Quantitative cerebral anatomy of the aging human brain: a cross-sectional study using magnetic resonance imaging. In: **Neurology**. v.42, p.527-36, [S.L.], 1992.

COHEN, H., **Neurociência para fisioterapeutas - Incluindo correlações clínicas**. Manole, 2 ed., São Paulo, 2001.

COHEN, Meryl. In: **Manual de Reabilitação Geriátrica**. Guanabara Koogan, p. 20-29, Rio de Janeiro, 2001.

CRESS M.E.; BUCHNER, D.M.; QUESTAD, K.A.; ESSELMAN, P.C.; DELATEURS, B.J.. Exercise: Effects on Physical Functional Performance in Independent Older Adults. **Journal of Gerontology**, v.54 A, n.5, p.242-248, [S.L.], 1999.

DIENER, E.; SUH, E.. Measuring quality of life: economic, social, and subjective indicators. **Soc. Ind. Res.**, v.40, p.189-216, [S.L], 1997.

ELWARD, K.; LARSON, E.B.. Benefits of exercise for older adults: a review of existing evidence and current recommendations for the general population. **Clin. Geriatr. Med.**, v.8, p.35-50, [S.L], 1992.

FERRARI, Maria Auxiliadora Cursino. In: **Gerontologia**. Atheneu. São Paulo, 1996.

FILLENBAUM, G.G.. **The Well-Being of the Elderly: Approaches to multidimensional assessment**. Geneva, World Health Organization. [S.L.], 1984.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas, Censos Demográficos, **IBGE**. Brasília; 2001. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico - **IBGE**. Acessado dia 13 de março de 2005, disponível em <<http://www.ibge.org.br>>.

GALINSKY, D.. Atención progresiva. In: La Atención de los Ancianos: Um Desafio para los Años Noventa (E. Anzola-Péres, D. Galinsky, F. Morales-Martínez, A. Salas & M. Sánchez-Ayéndez, org.). Publicación Científica. **Organización Mundial de la Salud**. Washington, D.C., v.546, p.219-329. [S.L.], 1993.

GATZ, M.. **Questions that aging puts to preventionists**. In L A Bond, S J Cutler, and E Grams (Eds.). **Promoting successful and productive aging**. Thousand Oaks, California, SAGE, [S.L.], 1995.

GEIS, Pilar Pont; RUBÍ, Maika Carroggio. **Terceira Idade: atividades criativas e recursos práticos**. Artmed, Rio Grande do Sul, 2001.

GILLES, D.. Elderly trauma: they are different. **Aust Crit Care**, v.12, p.24-30, [S.L.], 1999.

GRIMLEY-EVANS, J. **The health of an ageing population**. In: Bitles, A.H. & Collins, K.Y., ed. *The biology of human ageing*. Cambridge, University Press, p. 201-14, [S.L.], 1986.

JOHANSSON, B.. Fall injuries among elderly persons living at home. **Scand J Caring Sci**, v.12, p.67-72, [S.L.], 1998.

JACOB, Wilson Filho; SOUZA, Romeu Rodrigues. In: **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**. Atheneu, p. 31-40, São Paulo, 2000.

KALACHE, Alexandre ; VERAS, Renato P. ; RAMOS, Luiz Roberto. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Rev. Saúde Pública**. v.21, n. 3, São Paulo, June, 1987.

KANE, R. A.; KANE, R. L., *Assessing the Elderly: A Practical Guide to Measurement*. Lexington: **Lexington Books**. [S.L.], 1981.

KARSCH, Úrsula. Idosos Dependentes: famílias e cuidadores. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, Rio de Janeiro, junho, 2003.

KAUFFMAN, Paulo; LANGER, Berilio. In: **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**. Atheneu, São Paulo, 2000.

KING, A.C.; REJESKI, W.J.; BUCHNER, D.M.. Comparative Effects of Two Physical Activity Programs on Measured and Perceived Physical Functioning and Other Health-Related Quality of Life Outcomes in Older Adults. **Journal of Gerontology**, v.55 A, n.2, p.74-83, [S.L.], 2000.

KOLTYN, FK. The association between physical activity and quality of life in older women. **Women's Health Issues**, v.11, p.471-479, [S.L.] 2001.

KRASEVEC, J.A.; GRIMES, D.C. **Hidroginástica um programa de exercícios aquáticos para pessoas de todas as idades e todos os níveis de condicionamento físico**. Hemus, São Paulo.

LAWTON, M.P.. **Environment and other determinants of well-being in older people**. **Gerontologist**. v.23, n.4, p.85-89, [S.L.], 1983.

LAWTON, M.P.. A multidimensional view of quality of life in frail elders. Em: Birren JE, Lubben JE, Rowe JC, Deutchman DE, eds. The concept and measurement for quality of life in the frail elderly. San Diego: **Academic Press**, p. 3-27, [S.L.], 1991.

LAWTON, Powell M. A multidimensional view of quality of life in frail elderly. In: J E Birren, J E, Lubben, J C Rowe, and D E Deutchmann (Eds.). The concept and measurement of quality of life in the frail elderly. San Diego, **Academic Press**, [S.L.], 1991.

LEE, I-Min; SKERRETT, P.J.. Physical activity and all-cause mortality: what is the dose-response relation? **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v.33, p.459-471, [S.L.], 2001.

LEME, Luiz Eugênio Garcez. In: **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**. Atheneu, São Paulo, 2000.

LEVY, José Antônio; MENDONÇA, Lúcia Iracema. In: **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**. Atheneu, São Paulo, 2000.

LUUKINEN H.; KOSKI, K.; LAIPPALA, P.; KIVELA, S.. Risk factors for recurrent falls in the elderly in longterm institutional care. **Public Health**, v.109, p.57-65, [S.L.], 1995.

LUSTRI Wilton Rogério; MORELLI, José Geraldo da Silva. In: **Fisioterapia Geriátrica: a prática da assistência ao idoso**. Manole. São Paulo, 2004.

MATSUDO, Sandra Mahecha; ANDRADE, E.L.; MATSUDO, V.K.; ARAÚJO, T.L.. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Revista brasileira de medicina e esportes**, v. 7, n. 1, [S.L.], jan/fev 2001.

MATURANA, Humberto, Humberto Maturana: **a ontologia da realidade**. *Organizado por Cristina Magro et al.* Ed. UFMG, Belo Horizonte, 1997.

MEIRELLES, Eduardo de Souza. In: **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**. Atheneu, São Paulo, 2000.

MONTEIRO, Pedro Paulo, **Envelhecer: histórias, encontros, transformações**. Autêntica, Belo Horizonte, 2001.

NERI, A.L.. **Qualidade de vida na velhice**. Papyrus (Coleção vivacidade). Campinas, 1993.

NERI, A.L.. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In: Duarte YAO, Diogo MJDE, eds. **Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico**. Atheneu; p. 33-47, São Paulo, 2000.

NERI, A.L.. Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. **2º Congresso Paulista de Geriatrics e Gerontologia**. UNICAMP. Campinas, 2001.

NERI, Anita Liberalesso., In: **Fisioterapia Geriátrica: a prática da assistência ao idoso**. Manole. São Paulo, 2004.

NETTO, Matheus Papaléo; PONTE, José Ribeiro. In: **Gerontologia**. Atheneu. São Paulo, 1996.

NETTO, Matheus Papaléo. **Gerontologia - A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. Atheneu, [S.L.], 2000.

NUNES A. Aspectos sobre a morbidade dos idosos no Brasil. In: **Como vai?**. p. 20-32, Brasília: IPEA, 1999.

PASCHOAL, S.M.P. Qualidade de vida do idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. 252p. São Paulo, 2000.

PASINI, Urbano; CARVALHO, Eurico Thomaz Filho; NETTO, Matheus Papaléo. In: **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**. Atheneu, São Paulo, 2000.

PRADO, Shirley Donizete; SAYD, Jane Dutra.. A pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil: pesquisadores, temas e tendências. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p.763-72, [S.L.], 2004.

PETROIANU, A; PIMENTA, L.G.. **Clínica e Cirurgia Geriátrica**. Guanabara-Koogan, Rio de Janeiro, 1999.

PIRES, T.S.; NOGUEIRA, J.L.; RODRIGUES, A.; AMORIM, M.G.; OLIVEIRA, A.F. **A recreação na terceira idade**, 2002. Disponível em :<www.cdof.com.br>

POWERS, S. K.; HOWLEY, E. T. **Fisiologia do exercício: teoria e aplicação ao condicionamento e ao desempenho**. 3ed.. Manole. São Paulo, 2000.

RAINA, P.; DUKESHIRE, S.; WONG, M.; SCANLAN, S.; CHAMBERS, L.; LINDSAY, L.. Patterns of self-reported health care use in injuries and unjured older adults. **Age Ageing**, v.28, p.316-8, [S/L.], 1999.

RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, Rio de Janeiro, jun. 2003.

Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**. v.27, p.87-94, [S.L.], 1993.

RAMOS, L.R.; TONIOLO, J.; CENDOROGLO, M.; GARCIA, J.; PAOLA, C.; SANTOS, F. Two-year follow-up study of elderly residents in São Paulo, Brazil: Methodology and preliminary. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, p. 397-407, [S.L.], 1998.

RAMOS, R. L.; SAAD, P.M.. Morbidade da população idosa. In: **Fundação SEADE. O idoso na Grande São Paulo**, São Paulo, p.161-72, 1990.

REJESKI, WJ, FOCHT, BC.. Aging and physical disability: on integrating group and individual counseling with the promotion of physical activity. **Exercise and Sport Sciences Reviews**, v.30, p.166-70, [S.L.], 2002.

ROMEN, Rachel Naomi. **O Paciente como Ser Humano**. Summus Editorial, São Paulo, 1993.

RUBESTEIN, L.Z.; RUBESTEIN, L.V.. Multidimensional Geriatric Assessment in Tallis, R C; Fillit, HM; Brocklehurst, JC (ed). **Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology**. 5 ed. Estados Unidos da América: Churchill Livingstone, p. 207-216, [S.L.], 1998.

RYYNÄNEN, O. P.; KIVELÄ, S. L.; HONKANEN, R.; LAIPPALA, P. & SOINI, P.. Incidence of falling injuries leading to medical treatment in the elderly. **Public Health**, v.105, p.373-386, [S.L.], 1991.

SATTIN, R. W.. Falls among older persons: A public health perspective. **Annual Review of Public Health**, v.13, p.489-508, [S.L.], 1992.

SCHROLL, M. Physical activity in an ageing population. **Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports**, v.13, p.63-69, [S.L.], 2003.

SILVESTRE, Jorge Alexandre; NETO, Milton Menezes da Costa. Abordagem do idoso programas de saúde da família. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, Rio de Janeiro, junho, 2003.

TINETTI, M. E.. Prevention of falls and fall injuries in elderly persons: A research agenda. **Preventive Medicine**, v.23, p.756-762, [S.L.], 1994.

TRIBESS, Sheila; VIRTUOSO, Jair Sindra Júnior, Atividade física e qualidade de vida em mulheres idosas. **Revista digital**, v. 10, n. 73, Buenos Aires, junho 2004.

UMPHRED, Darcy; LEWIS, Rosanne W.. In: **Manual de Reabilitação Geriátrica**. Guanabara Koogan, p. 14-20, Rio de Janeiro, 2001.

WOJCIK, Deborah; NIEDA, Kristin. In: **Manual de Reabilitação Geriátrica**. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2001.

ANEXO I - QUESTIONÁRIO

PROJETO

QUALIDADE DE VIDA NA 3ª IDADE

ATENÇÃO

Este questionário tem como objetivo, estabelecer a qualidade de vida na população de Varginha, que se encontra na faixa etária acima de 60 anos, com o intuito de coletar estes dados, analisá-los e promover melhorias na qualidade de vida desta população.

INSTRUÇÕES

Por favor, responda as questões com total sinceridade, e em caso de dúvida responda o que mais se aproximar da verdade, pois baseado em suas RESPOSTAS serão propostas melhorias à sua qualidade de vida.

DADOS PESSOAIS

Nome: _____
Endereço: _____ Nº _____ BAIRRO: _____
Data de Identidade: _____ FONE: _____ SEXO M F
Data de Nascimento: ____/____/____ ESTADO CIVIL: Casado(a) Solteiro(a) Viúvo(a) Separado(a)
Filhos: Sim Não Quantos? _____
Escolaridade: Nenhuma 1º grau completo 2º grau completo Superior completo
1º grau Incompleto 2º grau Incompleto Superior Incompleto Pós-Graduação

QUESTIONÁRIO SF 36

Em geral, você diria que sua saúde é?

1 Excelente 2 Muito Boa
3 Boa 4 Ruim 5 Muito Ruim

Comparada a um ano atrás,
como está a sua saúde agora?

1 Muito melhor agora do que a um ano atrás
2 Um pouco melhor agora do que a um ano atrás
3 A mesma de um ano atrás
4 Um pouco pior agora do que a um ano atrás
5 Muito pior agora do que a um ano atrás

Quais dos seguintes itens são sobre atividades que você
faz atualmente durante um dia comum. Devido
à sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas
atividades? Neste caso quanto?

1 "Sim, dificulta muito"
2 "Sim, dificulta um pouco"
3 "Não, não dificulta de modo algum"

Atividades vigorosas, que exigem muito
esforço, tais como correr, levantar objetos
pesados, participar em esportes árduos, etc.

1
2
3

Atividades moderadas, tais como mover uma
cama, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a
casa, etc.

1
2
3

Subir ou carregar mantimentos. 1 2 3

Fazer vários lances de escadas. 1 2 3

Fazer um lance de escada. 1 2 3

F) Curvar-se, ajoelhar-se, ou dobrar-se. 1 2 3

G) Andar mais de um quilômetro. 1 2 3

H) Andar vários quarteirões. 1 2 3

I) Andar um quarteirão. 1 2 3

J) Tomar banho ou vestir-se. 1 2 3

4) Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física (corporal)?

A) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades? Sim Não

B) Realizou menos tarefas do que gostaria? Sim Não

C) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades? Sim Não

D) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (necessitou de ajuda) Sim Não

5) Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

A) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades? Sim Não

B) Realizou menos tarefas do que gostaria? Sim Não

C) Não trabalhou ou não realizou qualquer outra atividade com tanto cuidado como geralmente faz? Sim Não

10) Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com suas atividades sociais normais, em relação a parentes, vizinhos, amigos ou em grupo?

- 1 Nenhuma
- 2 Pouco
- 3 Moderadamente
- 4 Bastante
- 5 Extremamente

11) Quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

- 1 Nenhuma
- 2 Pouco
- 3 Moderadamente
- 4 Bastante
- 5 Extremamente

12) Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo trabalho dentro de casa)?

- 1 Nenhuma
- 2 Pouco
- 3 Moderadamente
- 4 Bastante
- 5 Extremamente

13) As seguintes questões são sobre como você se sente e o que aconteceu com você nas últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação às últimas 4 semanas.

- 1 Todo o tempo
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Uma boa parte do tempo
- 4 Alguma parte do tempo
- 5 Uma pequena parte do tempo
- 6 Nunca

14) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, de energia e de força?

- 1 2 3 4 5 6

15) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito feliz?

- 1 2 3 4 5 6

16) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que não pode animá-lo?

- 1 2 3 4 5 6

17) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou relaxado?

- 1 2 3 4 5 6

18) Quanto tempo você tem se sentido com muita ansiedade?

- 1 2 3 4 5 6

19) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e sem energia?

- 1 2 3 4 5 6

20) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?

- 1 2 3 4 5 6

21) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?

- 1 2 3 4 5 6

22) Quanto tempo você tem se sentido cansado?

- 1 2 3 4 5 6

10) Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com suas atividades sociais (como visitar parentes, amigos, etc.)?

- 1 Todo o tempo
- 2 A maior parte do tempo
- 3 Alguma parte do tempo
- 4 Uma pequena parte do tempo
- 5 Nenhuma parte do tempo

11) Quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

- Assinale:**
- 1 para "Definitivamente verdadeiro"
 - 2 para "A maioria das vezes verdadeiro"
 - 3 para "Não sei"
 - 4 para "A maioria das vezes falsa"
 - 5 para "Definitivamente falsa"

A) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.

- 1 2 3 4 5

B) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.

- 1 2 3 4 5

C) Eu acho que minha saúde vai piorar.

- 1 2 3 4 5

D) Minha saúde é excelente.

- 1 2 3 4 5

QUESTIONÁRIO DE LAWTON

1) Assinale com o número correspondente à resposta no quadro a frente da questão:

- Marque "0" para "sem habilidade"
- Marque "1" para "com auxílio"
- Marque "2" para "com independência"

- A) Prepara suas refeições por conta própria?
- B) Pode realizar suas tarefas (manuais) por conta própria?
- C) Consegue lavar suas roupas?
- D) Consegue tomar seus remédios sozinho?
- E) Consegue ir andando aos locais onde precisa ir?
- F) Consegue ir a padaria?
- G) Consegue manusear seu dinheiro?
- H) Consegue usar o telefone?

2) Você apresenta alguma (s) das doenças abaixo? (Marque SIM ou NÃO e especifique qual)

- Cardiovasculares Sim Não Qual? _____
- Pulmonares Sim Não Qual? _____
- Respiratórias Sim Não Qual? _____
- Visual Sim Não Qual? _____
- Auditivas Sim Não Qual? _____
- Endócrinas Sim Não Qual? _____
- Degenerativa Sim Não Qual? _____
- Circulatória Sim Não Qual? _____
- Câncer Sim Não Qual? _____
- Parkinson Sim Não Qual? _____
- Alzheimer Sim Não Qual? _____
- Outras Qual? _____

Termo de Consentimento livre e Esclarecido

- 1 – Título do projeto: Qualidade de vida na 3ª idade
- 2 – Desenho do estudo e objetivo(s) "essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa a coleta de dados sobre a qualidade de vida 3ª idade de Varginha."
- 3 – Descrição dos procedimentos que serão realizados, com seus propósitos e identificação dos que forem experimentais e não rotineiros: Aplicação do questionário SF-36 e Lawton, sobre qualidade de vida e capacidades funcionais.
- 4 – Relação dos procedimentos rotineiros e como são realizados: Aplicação dos questionários através de parceria com escolas públicas e particulares de Varginha, utilizando-se de alunos do Oitava série do 1º grau.
- 5 – Descrição dos desconfortos e riscos esperados nos procedimentos dos itens 3 e 4: descartados.
- 6 – Benefícios para o participante: Coleta epidemiológica de dados, sendo os benefícios indiretos para os participantes.
- 7 – Relação de procedimentos alternativos que possam ser vantajosos, pelos quais o entrevistado pode optar: não há procedimentos alternativos.
- 8 – Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Os principais investigadores são Fabrício Adriano Bertoldo e Lucilia Figueiredo de Miranda que podem ser encontrados no endereço Avenida Coronel José Alves, nº 256 Vila Pinto Varginha - MG Telefones: 035 99556827 e 035 99468078.
- 9 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;
- 10 – Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros entrevistados, não sendo divulgado a identificação de nenhum entrevistado;
- 11 – Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;
- 12 – Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.
- 13 - Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "de pesquisa da qualidade de vida na 3ª idade."

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

_____ Data: ____/____/____
Assinatura do entrevistado /representante legal

_____ Data: ____/____/____
Assinatura da testemunha (aplicador do questionário)

Somente para o aplicador do questionário

Para casos de entrevistados analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.


_____ Data: ____/____/____
Assinatura do responsável pelo estudo

ANEXO II - AUTORIZAÇÃO

A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo os alunos Fabrício Adriano Bertoldo e Lucília Figueiredo de Miranda, do 6º período do curso de Fisioterapia – UNIS, a distribuírem nas Escolas Estaduais de Varginha, questionários para coleta de dados em pesquisa sobre qualidade de vida na 3ª idade na cidade de Varginha.

Varginha, 30 de Agosto de 2004.


Vânia Maria Bemfica Guimarães Pinto Coelho
Diretor II – SRE Varginha

Vânia M.^a Bemfica Guimarães Pinto Coelho
Masp: 1077869-4
Diretor II- 41ª SRE - Varginha

ANEXO III – TAMANHO DA AMOSTRA

$$\text{Fórmula} = n = \frac{N \cdot 0,25 \cdot [Z_{\alpha/2}]^2}{0,25 \cdot [Z_{\alpha/2}]^2 + (N - 1) \cdot E^2}$$

N= 8776 (população de idosos de Varginha)

Z= 1,96 (para 95% de confiança)

E= 0,05

Resultado

n = 368