FUNDAÇÃO FRANCISCO MASCARENHAS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

DANIELLE MARINHO DOS SANTOS

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS PARTICIPANTES DE UM GRUPO DE ATIVIDADE FÍSICA

PATOS - PB
2012

DANIELLE MARINHO DOS SANTOS

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS PARTICIPANTES DE UM GRUPO DE ATIVIDADE FÍSICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos, para obtenção do Título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Prof. Esp. Everson Vagner de Lucena Santos.

PATOS – PB
2012

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS PARTICIPANTES DE UM GRUPO DE ATIVIDADE FÍSICA

DANIELLE MARINHO DOS SANTOS

Aprovado em: _____/_____/_____

_____

PROF. ESP. EVERSON VAGNER DE LUCENA SANTOS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS – FIP
(ORIENTADOR)

_____

PROFª. MS. AUCÉLIA CRISTINA SOARES BELCHIOR
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS – FIP
(1° MEMBRO)

_____

PROFª. ESP. SAMARA CAMPOS DE ASSIS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS – FIP
(2° MEMBRO)

PATOS – PB
2012

Agradeço todas as dificuldades que enfrentei; não fosse por elas, eu não teria saído do lugar. As facilidades nos impedem de caminhar.

Chico Xavier

Dedico esta monografia ao meu namorado Cleytson, pois se não fosse você eu não saberia qual o curso iria fazer. Você que, sempre que eu pensava em desistir, me dava forças para prosseguir, sendo uma pessoa especial na minha vida e que me ensinou muitas coisas e que uma delas foi, que por mais difícil e doloroso que seja o caminho, devo prosseguir pois lá na frente quando esse caminho já estiver no final, olharei para trás e me sentirei vitoriosa e orgulhosa pela pessoa que você ajudou a construir. Obrigada pela vida que você me proporcionou durante essa minha jornada e por sempre estar ao meu lado me dando forças. Eu te amo!

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que de alguma forma doaram um pouco de si para que a conclusão deste trabalho se tornasse possível:

A Deus, Pela energia espiritual para a concretização deste trabalho.

Aos meus pais Manoel e Euchélia, que não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida. E pelo eterno orgulho de nossa caminhada.

Aos meus irmãos, Manoel Filho, Leonardo e Lilianne, pela atenção e carinho.

Ao meu namorado, Cleytson, pela compreensão, atenção, amor e sempre me apoiar em todas as minhas decisões.

Ao meu Professor Orientador, Everson Vagner, pelo seu preparo profissional e por seu apoio e inspiração no amadurecimento dos meus conhecimentos e conceitos, que nos induziram a execução e conclusão desta monografia. Meu eterno agradecimento por ter acreditado em mim.

RESUMO

O aumento da longevidade é valioso à medida que oferece oportunidades para o prolongamento de uma vida saudável e produtiva, porém, o aumento na expectativa de vida das pessoas não é acompanhado com melhorias da Qualidade de Vida (QV). Com a chegada da velhice, a debilidade física, a dependência, a perda de papéis, os estereótipos e preconceitos, as inevitáveis perdas decorrentes do processo de envelhecimento podem levar a diminuição da qualidade de vida de idosos. O objetivo desta pesquisa foi avaliar a qualidade de vida em idosos participantes de um grupo de atividade física. Trata-se de uma pesquisa aplicada, descritiva e com abordagem quantitativa, desenvolvida em um grupo de idosos praticantes de atividade física em uma comunidade de um município da Paraíba, sendo a coleta de dados realizada no mês de abril de 2012. A população foi composta por idosos, tendo como amostra 30 idosos residentes em um município da Paraíba. A amostragem foi não probabilística do tipo intencional. Foi utilizado um formulário biodemográfico para caracterização dos idosos e para avaliação da qualidade de vida foi aplicado o questionário Short Form 36 (SF 36). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética das Faculdades Integradas de Patos e como suporte para o tratamento estatístico e formação do banco de dados foi utilizado o programa Assistat. Quanto aos resultados, na caracterização biodemográfica, 73% dos idosos (n=22) são do gênero feminino, 53% (n=16) sem estudos, 37% (n=11) casado, 43% (n=13) possuem moradia própria, 40% (n=12) recebem um salário mínimo. Destaca-se que a idade média dos idosos corresponde a 63,7 anos, sendo o mais novo com 60 anos e o mais velho com 67 anos e, 40% da amostra participa do grupo de atividade física a 1 ano. A avaliação dos domínios de qualidade de vida apresentaram índices excelentes, exceto saúde mental que foi ótimo. Conclui-se que a prática de atividade física é indicativa de melhor qualidade de vida. Porém, como os programas de incentivo à prática de exercícios físicos para esta população ainda são pouco explorados, cabe aos profissionais de saúde engajarem-se efetivamente em projetos que mobilizem os idosos de maneira que estes se sintam motivados tornando-se mais ativos e consequentemente tenham um melhor desempenho em suas atividades diárias.

Palavras-chave: Idoso; Qualidade de vida; SF-36.

ABSTRACT

Increased longevity is valuable as it provides opportunities for the extension of a healthy and productive life, however, the increase in life expectancy of people is not accompanied with improvements in Quality of Life (QOL). With the arrival of old age, physical debility, dependency, loss of roles, stereotypes and prejudices, the inevitable losses arising from the aging process can lead to decreased quality of life of seniors. The aim of this study was to assess quality of life in elderly participants in a physical activity group. This is an applied research, descriptive and quantitative approach developed in a group of seniors engaged in physical activity in a community in a city of Paraiba, and data collection conducted in April 2012. The population was composed of seniors, and a sample of 30 elderly residents in a municipality of Paraíba. Sampling was not probabilistic intentional. A form was used to characterize the biodemográfico elderly and to assess quality of life questionnaire was administered the Short Form 36 (SF 36). The study was approved by the Ethics Committee of the Faculty of Integrated Ducks and as support for the statistical treatment and training database program was used Assistat. As for the results, the characterization biodemográfica, 73% of elderly (n = 22) are female, 53% (n = 16) without studies, 37% (n = 11) married, 43% (n = 13) have housing own, 40% (n = 12) receiving a minimum wage. It is noteworthy that the average age of the elderly corresponds to 63.7 years, with the youngest aged 60 and the oldest 67 years old, and 40% of the sample participated in the physical activity group at 1 year. The evaluation of the domains of quality of life indices showed fine except that mental health was great. We conclude that physical activity is indicative of better quality of life. However, as programs to encourage physical exercise for this population are still poorly explored, it is for health professionals to engage effectively in projects that mobilize the elderly so that they feel motivated to become more active and consequently have perform better in their daily activities.

Keywords: Elderly, Quality of life, SF-36.

LISTA DE TABELA

TABELA 1 – Caracterização dos idosos entrevistados 23

LISTAS DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Tempo de participação no grupo de atividade física 25
GRÁFICO 2 – Domínio Capacidade Funcional 26
GRÁFICO 3 – Domínio Limitações por aspectos físicos 27
GRÁFICO 4 – Domínio Dor 28
GRÁFICO 5 – Domínio Estado Geral de Saúde 29
GRÁFICO 6 – Domínio Vitalidade 30
GRÁFICO 7 – Domínio Aspectos sociais 31
GRÁFICO 8 – Domínio Limitações por aspectos emocionais 32
GRÁFICO 9 – Domínio Saúde mental 33

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO **03**

2 MARCO TEÓRICO **08**

2.1 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO 08

2.2 QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE

2.3 ATIVIDADE FÍSICA NA TERCEIRA IDADE 12

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS **20**

3.1 TIPO DE ESTUDO 20

3.2 LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA 20

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA 21

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO 21

3.5 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS 21

3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS 22

3.7 ASPECTOS ÉTICOS 22

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES **33**

REFERÊNCIAS **34**

APÊNDICES **40**

APÊNDICE A – Formulário de dados biodemográficos 41

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 42

APÊNDICE C – Termo de Compromisso do Pesquisador 43

ANEXO **44**

ANEXO A – Questionário de Qualidade de Vida – SF-36 45

ANEXO B - Termo de Autorização Institucional 52

ANEXO C – Certidão de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa 53

1 INTRODUÇÃO

Antes considerado um fenômeno, hoje o envelhecimento, faz parte da realidade da maioria das sociedades. O mundo esta envelhecendo. Essa afirmativa diz que para o ano de 2050 irá existir cerca de dois bilhões de pessoas a mais no mundo com sessenta anos, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento e no Brasil, estima-se que atualmente, existam cerca de 17,6 milhões de idosos (BRASIL, 2006).

Desta forma, pode-se entender o processo natural do envelhecimento, como uma diminuição progressiva da funcionalidade dos indivíduos o que, em condições normais, não ocasionará problemas. Esse processo quando associado a condições anormais como, doenças, acidentes e estresse emocional, podem gerar uma condição patológica que necessitará de assistência. Cabe destacar que, algumas alterações quando derivadas do processo de envelhecimento geram efeitos que podem ser minimizados quando há uma melhora na qualidade de vida (PAPALÉO NETO; CARVALHO FILHO; SALLES, 2005).

Muitas vezes, o processo de envelhecimento não se caracteriza como um período saudável e de independência, mas, pela alta incidência de doenças crônicas e degenerativas que, muitas vezes, resultam em elevada dependência (VALKENBURG, 1988; RAMOS et al., 1993; TEIXEIRA, PIMENTA, 1994; CHAIMOWICZ, 1997).

Uma boa qualidade de vida auxilia a manutenção da independência do idoso. A forma que se envelhece não depende apenas de uma constituição genética, mas também do estilo de vida que se leva. Existem teorias que oferecem um rítmo que está associado à vitalidade que os indivíduos trazem consigo ao nascer e a sua capacidade de mantê-la durante toda vida (HEIKKINEN, 1998; CARNEIRO, FALCONE, 2004).

A atividade física pode reduzir a mobilidade ao longo da vida, aumentando a expectativa de vida. Idosos que não praticam nenhuma atividade física e começam a praticá-la, recebem mais benefícios, enquanto aumentos subseqüentes na atividade física são menos benéficos (MORAIS, 2008). Portanto, prover mudanças com um estilo de vida mais ativo promovem melhora saúde e longevidade (PAFFEMBARGER; LEE, 1996).

Define-se qualidade de vida como um estado de satisfação com a vida, onde vai depender da inter-relação de muitos fatores, onde vai existir varias influências no modo de vida de cada indivíduo, da atividade física, da alimentação, do meio de se prevenir, da percepção de bem estar, das condições físicas e ambientais, da renda, da percepção subjetiva de saúde, do relacionamento familiar, das amizades e dos aspectos espirituais e religiosos (SILVA, 1999; NAHAS, 2001; NERI, 2001).

Considerando que a prática de atividade física é uma mudança no estilo de vida que pode contribuir no processo de prevenção de doenças que se manifestam com a idade, como os problemas funcionais que se manifestam nas pessoas de idade mais avançada e que interferem na qualidade de vida (BOUCHARD; SHEPHARD; STEFENS, 1993), surgiu a seguinte problemática: Quais os impactos da prática de atividade física regular na qualidade de vida de idosos particpantes de um grupo de atividade física?

Desta forma, o objetivo geral deste estudo foi avaliar a qualidade de vida em idosos participantes de um grupo de atividade física e como objetivos específicos caracterizar os aspectos biodemográficos dos idosos praticantes de atividade física, identificar os domínios de qualidade de vida dos idosos e investigar os efeitos da prática de atividade física regular na terceira idade.

A compreensão da qualidade de vida em idosos norteia os profissionais da saúde que atuam na área da geriatria e gerontologia, ao passo que reorienta a atenção à saúde desses indivíduos contribuindo com o aspecto físico, social e emocional dos mesmos.

A realização deste estudo demonstra sua relevância social no que tange a inserção social do idoso e estímulo a práticas saudáveis que retardam o processo de envelhecimento patológico.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) explica o processo do envelhecimento como uma fase seguida de sequências, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de degeneração de um organismo adulto, apropriado a toda a uma espécie, fazendo com que o tempo o deixe menos hábil diante ao estresse do meio ambiente, podendo progredir para a morte (PADOIN et al., 2010).

O processo do evelhecimento é uma fase onde se caracteriza pela diminuição das funcões orgânicas acarretando maior susceptibilidade á eclosão de doenças, que pode levar o idoso a óbito. Pode-se afirmar que, os distúrbios funcionais são comuns na vida do ser humano como também não são levados por doenças, mais ocorre em consequência do desenvolver dos anos. Essas modificações acontecem em decorrência da senescência entendido como envelhecimento normal ou natural diferenciando das alteracções funcionais que tem origem de doenças comum da terceira idade que da existência a senilidade, entendida como doenças que acometem os idosos (PAPALÉO NETTO; THOMAZ; FREITAS, 2005).

O crescimento da população idosa vem se expandindo tanto no mundo quanto no Brasil onde vem crescendo muito. Aliado ao envelhecimento aparecem as variaveis condições crônicas e os danos que são causados progressivamente e irreversivelmente o que pode gerar em uma incapacidade funcional (FIEDLER, PERES, 2008; ALVES, LEITE, MACHADO, 2008).

A perda da capacidade funcional nos idosos provoca declínios na qualidade de vida, físico e mental, gerando riscos, como a queda, que está associada a fatores intrínsecos, extrínsecos e ambientais, ou seja, a partir do ato que o indivíduo tem em colocar em prática as atividades específicas em determinado ambiente (SHUMWAY-COOK, WOOLLACOTT, 2003; FIEDLER, PERES, 2008; VERAS, 2008;).

Rosa et al. (2003) definiram a capacidade funcional como dificuldade em produzir gestos ou colocar em prática atividades do nosso dia-a-dia.

Segundo Alves et al. (2007), a entalção da capacidade funcional do idoso é de grande importância para a família, a saúde e seus cuidados, quando essa

incapacidade deixa vulnerável e dependência na sua vida, irão cooperar com a diminuição do bem-estar alterando a qualidade de vida dos idosos.

A capacidade funcional aparece como uma nova parte em modelo de saúde dos idosos (RAMOS, 2003) publicamente ágil no quadro do envelhecimento, porque envelhecer sem perder todas as funções normais não representa problema para a vida do idoso. Já para Kalache, Veras e Ramos (1987), a preocupação começa quando há um declínio das funções normais.

Cumprindo um papel importante nas atividades de vida diária, ou efetuar um movimento sem precisar de ajuda, a capacidade funcional é indispensável para oferecer uma melhor qualidade de vida (FARINATI, 1997).

As atividades de vida diária (AVD's) e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD's) junto com a mobilidade são as dimensões mais usadas, quando se avalia a capacidade funcional de um individuo (ALVES et al., 2007).

Fatores associados com a capacidade funcional estão relacionados com a presença de certas doenças, deficiências ou problemas médicos. Pode se observar que a principal hipótese subjacente presentes em alguns estudos é a de que a capacidade funcional está ligada a fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais. Então, abrange comportamentos familiarizados ao modo de vida que se tem como fumar, beber, comer excessivamente, fazer exercícios, sofrer de estresse psicossocial agudo ou crônico, ter senso de auto-eficácia e controle, preservar relações sociais e de apoio como possíveis fatores explicativos da capacidade funcional (MOR et al., 1989; ROSA et al., 2003).

A senescência gera mudanças fisiológicas sobre o corpo dos idosos, como a diminuição dos sistemas visual, vestibular e sômatosensorial, que juntamente com as alterações músculo-esqueléticas como diminuição da massa, força e velocidade de contração muscular, impedem negativamente no controle postural nos idosos (BROWN et al., 2000; FARIA et al., 2003; ALFIERI et al., 2004; FIGUEIREDO et al., 2007; TEIXEIRA et al., 2007; ZHONG et al., 2007).

Como uma condição agravante o sedentarismo ajuda a reforçar a perda de massa e força muscular como também a diminuição da excitabilidade sensorial (FARIA et al., 2003; TEIXEIRA et al., 2007).

O sedentarismo faz parte de todas as idades, sendo que na velhice ela pode ser mais agravante, devido ao ponto de vista dos mais velhos de que se deve

minimizar a intensidade e a quantidade de exercícios físicos na terceira idade (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2004).

Com o passar dos anos podemos nos deparar com uma velhice associada ao estresse, depressão, perdas da auto-estima e vigor. No mais, todo esse processo vai gerar um declínio das atividades realizadas no nosso dia-a-dia, induzindo um idoso a assumir um estilo de vida sedentária, apressando o processo de envelhecimento, fazendo com que o organismo seja mais degenerado (SANTOS, 2009).

O sedentarismo é protagonista da perda de autonomia funcional no idoso e aumento da tendência a doenças, dificultando as tarefas rotineira, trazendo como consequências, efeitos colaterais na saúde e na qualidade de vida (ZHONG et al., 2007).

Com isso, pode-se perceber que o sedentarismo além de prejudicar toda funcionalidade de um idoso, vai alterar sua alta-estima, reduzindo sua vigorosidade e massa muscular tornando-o mais propenso a quedas, doenças e consequentimente alterando a qualidade de vida.

2.2 QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE

Avaliações de qualidade de vida vêm sendo coligadas aos treinamentos do setor de saúde progressivamente. Nos últimos trinta anos o constructo veio à tona como uma qualidade importante da investigação clinica e da formulação de artifícios da saúde. Exemplo disto é a extensão de seu uso em exames clínicos e na avaliação do impacto das políticas praticadas. A qualidade de vida tem sido empregada, para apontar distintos pacientes ou grupos de pacientes e analisar influências terapêuticas. De acordo com a tradição a observação médico era focada no diagnóstico e tratamento, e o resultado era ajustado através de indicadores objetivos: morbidade e mortalidade (PASCHOAL, 2000).

Desde o início da nossa existência a Qualidade de Vida vêm sendo uma preocupação constante para todos nós. Na atualidade, o mundo busca por uma contínua vida saudável e bem-estar bio-psicosocial com atenção à qualidade de vida, catalogado aos aspectos de saúde, moradia, educação, lazer, transporte, liberdade, do trabalho, da auto-estima, entre diversas (SANTOS et al., 2002).

A forma pela qual envelhecemos esta ligada ao estilo de vida que levamos e não da nossa composição genética. Algumas presunções lembram que o ritmo está coligado à vitalidade que os indivíduos apresentam ao nascer e a capacidade de garanti-la durante toda vida (HEIKKINEN, 1998).

As modificações no estilo de vida interferem nos estados de atividade física e na dieta podendo colaborar no processo de prevenção de doenças e problemas funcionais que se manifestam com o avanço da idade (BOUCHARD; SHEPHARD; STEFENS, 1993).

De acordo com a visão de cada indivíduo existe uma variação no conceito da qualidade de vida, sendo considerada como unidimensional para uns e como multidimensional para outros. Baseado em três princípios fundamentais: capacidade funcional, nível sócio-econômico e satisfação, podendo também ser acoplada a elementos como capacidade física, estado emocional, interação social, atividade intelectual, situação econômica e auto-proteção de saúde (GONZÁLEZ, 1993; LENTZ et al., 2000; BURCKHARDT, ANDERSON, 2003).

Segundo Neri (2004) o estudo da Qualidade de Vida na terceira idade é recente, condigno ao processo de envelhecimento populacional dos países desenvolvidos a temática vem adotando evidências, devido a uma potência na idéia de que as patologias deparadas na terceira idade, oferecem altos custos para o indivíduo e a sociedade.

Na maioria das vezes, a perspectiva do aumento de vida das pessoas não anda junto com melhoria da qualidade de vida, pois, as pessoas estão atingindo a idade avançada, mais, com uma deterioração da capacidade funcional (SANTOS, 2010). A capacidade funcional normal seria a capacidade de colocar em pratica as atividades da vida diária involuntariamente, abrangendo as atividades de locomoção, auto cuidado, sono adequado e participação em atividades ocupacionais e recreativas. Deste modo, existe recentemente um grande medo na preservação da saúde e o bem estar global dessa parcela da população para que tenham um envelhecimento com decência (SANTOS et al., 2002).

Com o avanço da idade, além de todas as mudanças ressaltadas, é um período de diminuição de atividades físicas, o que pode causar dores e desconforto físico, redução da mobilidade e, até mesmo, a dependência física, afetando negativamente na qualidade de vida e muitas vezes privando os idosos da autonomia (CONTE; LOPES, 2005).

Independente da faixa etária, a preocupação com a qualidade de vida e o estilo de vida, expandiu em importância no final do século passado e início do novo milênio e está anexa a fatores como modo de vida, satisfação no trabalho, afinidades familiares, disposição, espiritualidade, dignidade, bem-estar físico, psicológico, social e cognitivo (SHEPHARD, 1997; SILVA, 1999; GUBIANE, 2000).

Pode-se dizer que uma pessoa chegando a uma velhice produtiva consegue equilibrar suas potencialidades e seus obstáculos, admitindo-lhe aumentar mecanismos para lidar com as perdas inerentes que estão ligadas ao próprio processo de envelhecimento, com diferentes níveis de efeito, se encaixando as desvantagens e incapacidades que tem a capacidade na sobrevir na velhice, ou que ocorreram em etapas antecedentes (NERI, 2001).

Assim, quanto maior for à expectativa de vida de uma pessoa, trará complicações importância na qualidade de vida da mesma; a longevidade pode trazer dificuldades, seguidos de consequências sérias nas diversas dimensões da vida humana, quaisquer que seja ela, física, psíquica ou social. O envelhecimento pode ocasionar em anos de sofrimento para o idoso e sua família, associado a doenças, declínio funcional, levando a dependência, perda da autonomia, isolamento social e depressão. Todavia, se ao chegássemos à terceira idade mantendo a autonomia e a independência, a sobrevida aumentada poderá ser repleta de significados (PASCHOAL, 2000).

Com isso é de suprema importância avaliar a qualidade de vida, visto que, chegando a idade avançada com um estilo de vida produtiva, irá nos proporcionar maior e melhor qualidade de vida, preservando as capacidades funcionais, melhorando a socialização, diminuindo a dependência e aumentando a auto-estima.

2.3 ATIVIDADE FÍSICA NA TERCEIRA IDADE

Atualmente, é grande a preocupação dos profissionais da saúde em relação às pessoas idosas, sobre os cuidados para um envelhecimento saudável, incluindo orientações sobre a prática de exercícios físicos (DELIBERATO, 2002).

Evidências científicas têm demonstrado que a prática regular de atividades físicas pode melhorar significativamente a saúde do indivíduo idoso, contribuindo para a saúde cardiovascular e neuropsicológica e sendo um agente de ação contra o câncer, diabetes, artrites e osteoporose (WALLACE; LAHTI, 2005).

Os exercícios e a atividade física podem contribuir para compensar determinadas deficiências, aumentar a capacidade funcional ou simplesmente proporcionar prazer e bem estar (DELIBERATO, 2002). Okuma (1998) por sua vez acrescenta que a atividade física possibilita experiências, novas sensações, aumenta a disposição e, até a comunicação dos idosos entre si e com pessoas mais jovens faz com que eles se sintam mais independentes, tanto em relação a recursos externos como a medicamentos.

A atividade física é apontada como um importante fator para se viver bem e amenizar o processo de perdas advindas do envelhecimento. A inatividade física, por outro lado, pode desencadear uma série de doenças, como obesidade, diabetes, osteoporose, arteriosclerose, hipertensão, entre outras, tão frequentes nessa população (GUEDES, GUEDES, 1995).

Os benefícios da realização de atividade física compreende a melhoria da qualidade de vida, retardando o envelhecimento, evitando a atrofia muscular, favorecendo a mobilidade articular, evitando a descalcificação óssea, melhorando a contração cardíaca e a vida sexual, além de que, diminui a possibilidade de infarto, previne a obesidade, aumenta a capacidade respiratória, diminui o risco de coagulação sanguínea, melhora o funcionamento dos rins, melhora as relações sociais, colabora para o equilíbrio psico-afetivo, contribui para o exercício da cidadania (MARQUEZ FILHO, 1993).

As vantagens da atividade física não se restringem apenas à parte orgânica, com melhora na realização das AVS’s e AIVD’s, ocorrendo também efeitos psicológicos positivos, como aumento da autoestima e da confiança; e proporciona transformações sociais, visto que o idoso quando se valoriza pode desencadear junto a sua família e no seu meio social, grandes mudanças (LOPES, SIEDLER, 1997; DELIBERATO, 2002).

De acordo com Guedes e Guedes (1995), os exercícios orientados corretamente desempenham importante papel na prevenção, conservação e recuperação da capacidade funcional dos indivíduos, refletindo positivamente em sua saúde. Estes não farão parar o processo de envelhecimento, mas, poderão delongar o aparecimento de complicações, intervindo no seu bem estar.

Programas de exercícios regulares têm se mostrado muito efetivos para reduzir ou evitar um número significativo de declínios funcionais associados ao envelhecimento. Dentre esses benefícios estão à melhora da função cardiovascular,

o aumento da massa e força muscular, redução dos riscos de osteoporose, melhora da estabilidade postural, redução do risco de quedas, bem como das lesões e fraturas associadas, o aumento da flexibilidade corporal e da amplitude de movimento (DELIBERATO, 2002).

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

O método empregado objetivará atingir os objetivos almejados, para tal esta pesquisa apresenta como percurso metodológico, tipo de estudo, local e período da pesquisa, população e amostra, critérios de inclusão e exclusão, instrumentos e procedimentos para coleta de dados, processamento e análise dos dados e aspectos éticos.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa do tipo aplicada, que segundo Silva e Meneses (2001), objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática dirigidos à solução de problemas específicos com verdades e intresses locais, trará abordagem quantitativa que, de acordo com Polit e Hungler (2005), compreende uma coleta sistemática de informação numérica, normalmente mediante condições de controle, além da análise informações utilizando procedimentos estatísticos.

Quanto aos objetivos trata-se de um pesquisa do tipo descritiva, que tem como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis, sendo uma de suas características a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados (GIL, 1991). De acordo com os procedimentos técnicos classifica-se como pesquisa de campo.

3.2 LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido em um grupo de idosos praticantes de atividade física em uma comunidade de um município da Paraíba, sendo a coleta de dados realizada no mês de abril de 2012.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população para o desenvolvimento da pesquisa foi composta por idosos, tendo como amostra 30 idosos residentes em um município da Paraíba.

A amostragem foi não probabilística, sendo do tipo intencional, ou seja, utilizou-se de pessoas que, na percepção do pesquisador, possuiam, a priori, as características específicas que ele desejou ver refletidas em sua amostra (MOURA; FERREIRA; PAINE, 1998), composta pelos idosos aptos a participarem da pesquisa.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critérios de inclusão do estudo, estiveram aptos participantes a partir dos 60 anos, considerados idosos de fato, de ambos os gêneros. Já os critérios de exclusão da amostra, foram idosos que estivessem sentindo dor aguda no momento da realização da pesquisa, que apresentassem alguma enfermidade limitante grave ou aqueles que se recusassem a participar do estudo.

3.5 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Foi utilizado um formulário biodemográfico (APÊNDICE A), com questões que permitiram uma caracterização da amostra quanto ao gênero, idade, estado civil, escolaridade, situação de moradia e renda familiar.

Para avaliação da qualidade de vida foi aplicado o questionário Short Form 36-(SF 36 (ANEXO B), validado por Ciconelli et al. (1999)

Sendo de fácil administração e compreensão, esta ferramenta é constituída por 36 itens envolvendo aspectos como capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Para cada domínio, é calculado um escore compreendido entre 0 e 100, onde zero equivale ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor (CICONELLI, et al., 1999).

Com a devida Autorização Institucional (ANEXO C) e aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos CEP-FIP, os idosos foram identificados no grupo de atividade física, em seguida em um ambiente reservado, foram explicados aos sujeitos os objetivos da pesquisa e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B) para autorização de participação, posteriormente foram aplicados os instrumentos

em forma de formulário, ou seja, o pesquisador realizou as perguntas registrando as respostas do entrevistado.

3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Como suporte para o tratamento estatístico e formação do banco de dados, foi utilizado o Software Assistat®.

Para os resultados do presente estudo foi utilizado recurso estatístico descritivo, mediante a análise das frequências simples e percentuais. Após o tratamento estatístico dos dados, os mesmos foram dispostos em forma de tabela e gráficos.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº. 196 de 10 de Outubro de 1996 aprovou as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos e incorporou sob a ótica do indivíduo e das coletividades as quatro referências básicas da Bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça, visando assegurar os direitos e deveres da comunidade científica (BRASIL, 1996).

Sendo assim, os participantes da pesquisa expediram concordância documentada de autorização da pesquisa. Foi preservada a identidade dos sujeitos envolvidos e a pesquisa em questão apresentou risco mínimo de caráter moral e/ou social aos indivíduos envolvidos conforme capítulo V e VI.1 da resolução supra citada e os mesmos puderam desistir a qualquer momento da participação da pesquisa de acordo com o capítulo VI.2, alínea g da resolução 196/96. Assim como, o pesquisador assumiu o compromisso e responsabilidade a partir da assinatura do Termo de Compromisso do Pesquisador (APÊNDICE C).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Uma vez apresentados os fundamentos teóricos e metodológicos que embasam esta pesquisa, estão apresentados nesta seção os resultados obtidos através do estudo, divididos em duas partes, as características biodemográficas da amostra e os resultados da avaliação da qualidade de vida.

4.1 CARACTERIZAÇÃO BIODEMOGRÁFICA

O presente estudo foi desenvolvido com amostra constituída por 30 idosos. Desta forma, a Tabela 1 demonstra a caracterização da amostra quanto à ao gênero, escolaridade, estado civil, moradia e renda mensal.

TABELA 1 – Caracterização dos idosos entrevistados

VARIÁVEIS		n	%
Gênero	Feminino	22	73
	Masculino	8	27
Escolaridade	Sem estudos	16	53
	Fundamental incompleto	11	37
	Superior incompleto	2	7
	Superior completo	1	3
Estado civil	Casado	11	37
	Solteiro	7	23
	Viúvo	9	30
	Separado	3	10
Moradia	Própria	13	43
	Alugada	12	40
	Outro	5	17
Renda mensal	Menos de 1 salário minimo	2	7
	1 salário mínimo	12	40
	Mais de 1 salário mínimo	7	23
	Não informou	9	30
TOTAL		30	100

FONTE: Dados da pesquisa, 2012.

Os dados apresentados na Tabela 1 demontram que 73% dos idosos (n=22) são do gênero feminino, 53% (n=16) sem estudos, 37% (n=11) casado, 43% (n=13) possuem moradia própria, 40% (n=12) recebem um salário mínimo. Destaca-se que a idade média dos idosos corresponde a 63,7 anos, sendo o mais novo com 60 anos e o mais velho com 67 anos.

Viégas, Silva e Alvarenga (2009), realizaram um estudo com idosos praticantes de exercícios físicos, e evidenciaram que 26 (86,7%) eram do sexo feminino e quatro (13,3%) do sexo masculino. Este dado corrobora com os nossos achados de prevalência de mulheres.

Segundo Mcdermott e Mernitz (2006) em sua pesquisa identificaram que as idosas são mais engajadas nos programas de exercícios físicos. Outro estudo desenvolvido por Andreotti e Okuma (2003), também teve maior participação das mulheres em seu programa de exercícios (72,2%), justificando este fato devido os diferenciais de expectativa de vida entre os sexos, fenômeno mundial, mas que é intenso no Brasil, tendo em vista que, em média, as mulheres vivem oito anos mais que os homens (IBGE, 2002).

Andreotti e Okuma (2003) ainda relacionam esta adesão significativa das mulheres à falta de opção de outras atividades de integração, pois os homens têm mais oportunidades de pontos de encontro, como por exemplo, clubes, grêmios recreativos, praças, bares, etc. Outra possível explicação é que muitas vezes os homens consideram alguns programas de exercícios oferecidos inadequados, por crerem que atendam as necessidades femininas, com baixo nível de exigência de esforço físico.

Considerando a importância da prática de atividade física regular, o tempo é indicativo de melhores resultados, desta forma o Gráfico 1 apresenta o tempo de participação no grupo de atividade física.

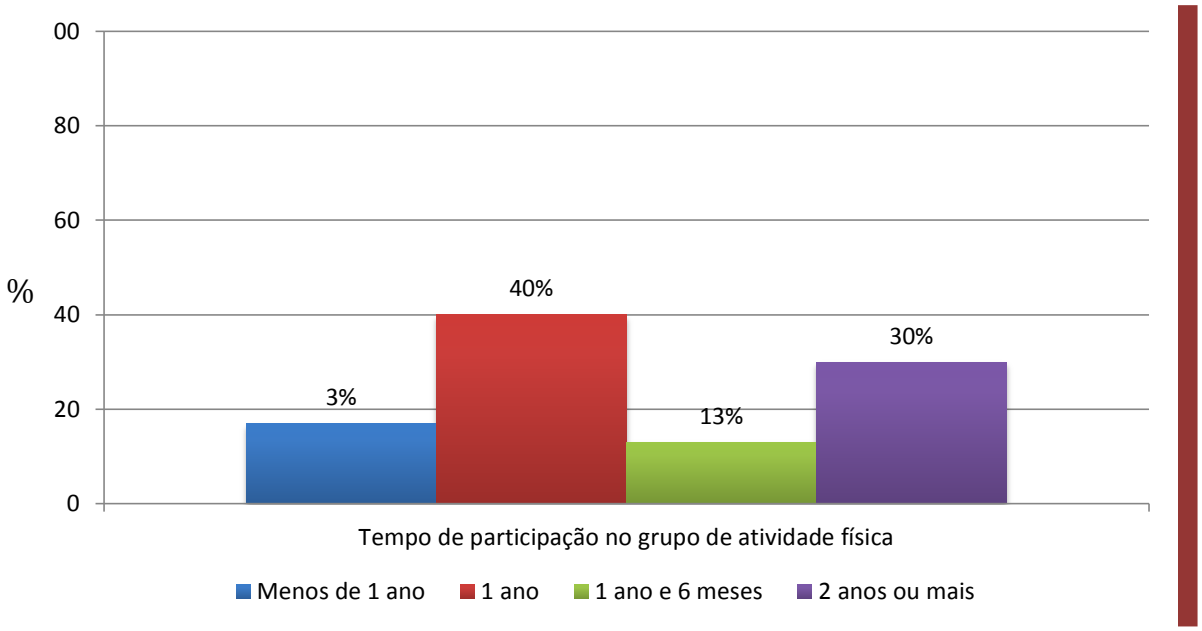


GRAFICO 1 – Tempo de participação no grupo de atividade física

Conforme o Gráfico 1, 40% da amostra participa do grupo de atividade física a 1 ano.

4.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Domínios correspondem à exploração do conceito de qualidade de vida através das culturas e geração de questões (FLECK et al., 2000), desta forma, os resultados do domínio capacidade funcional estão melhor visualizados no Gráfico 1, onde observa-se a porcentagem classificada.

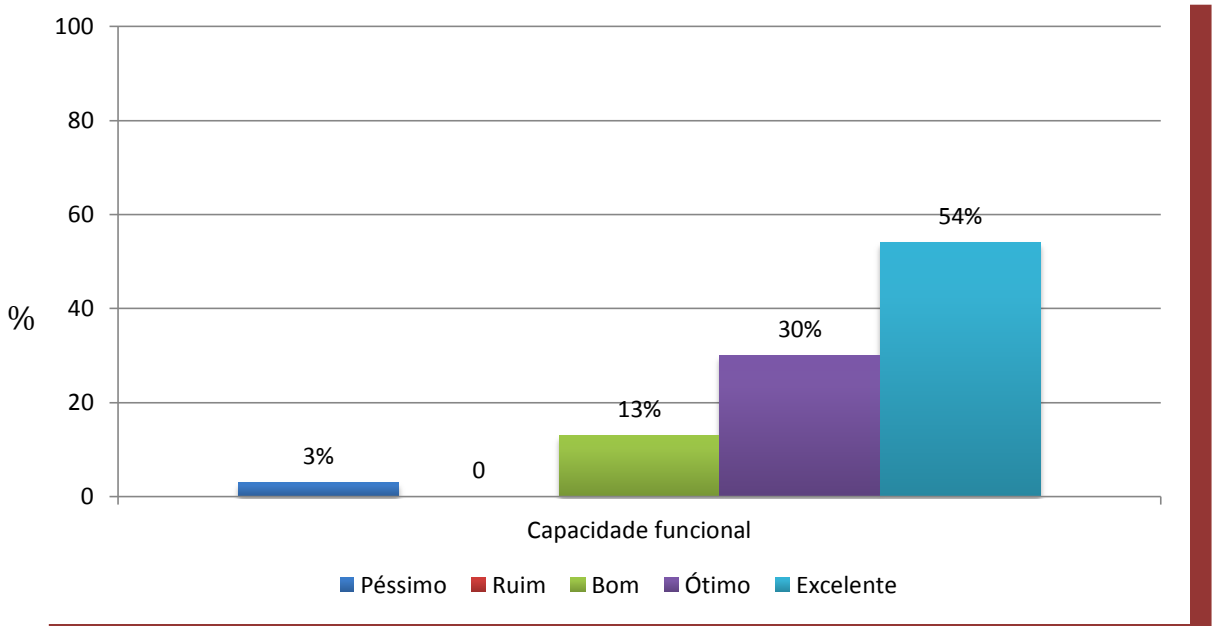


GRÁFICO 2 – Domínio Capacidade Funcional

O domínio capacidade funcional demosntra que 54% dos idosos avaliam com excelente. De acordo com Okuma (1997), a perda da capacidade funcional leva o indivíduo à incapacidade para realizar as atividades de vida diária, tais como vestir-se, comer, tomar banho sozinho e, até mesmo, caminhar pequenas distâncias de forma independente.

De acordo com Costa (2002), a qualidade de vida deixou de representar apenas uma vida sem doenças físicas, mas, acima de tudo, a busca da felicidade e da satisfação pessoal, em todos os aspectos da vida, em um conjunto de equilíbrio harmonioso.

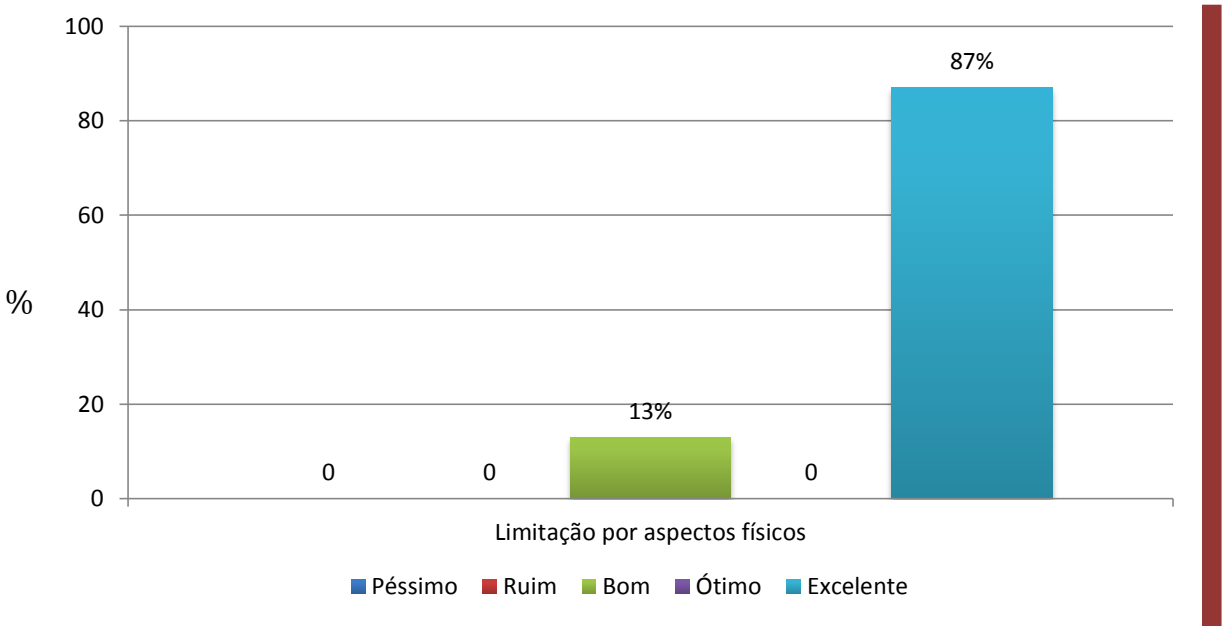


GRÁFICO 3 – Domínio Limitações por aspectos físicos

No domínio limitações por aspectos físicos, 87% classicou como excelente, ou seja, considerável ausência de limitações por aspectos físicos.

Vitta (2000) afirma que idosos ativos são mais independentes, autônomos e sadios e, que boas condições de capacidade funcional têm um efeito direto e significativo sobre a diminuição da angústia e estão relacionadas a altos níveis de integração social e auto-estima. Saúde física e psicológica determinam a ocorrência de uma boa qualidade de vida na velhice, segundo o autor.

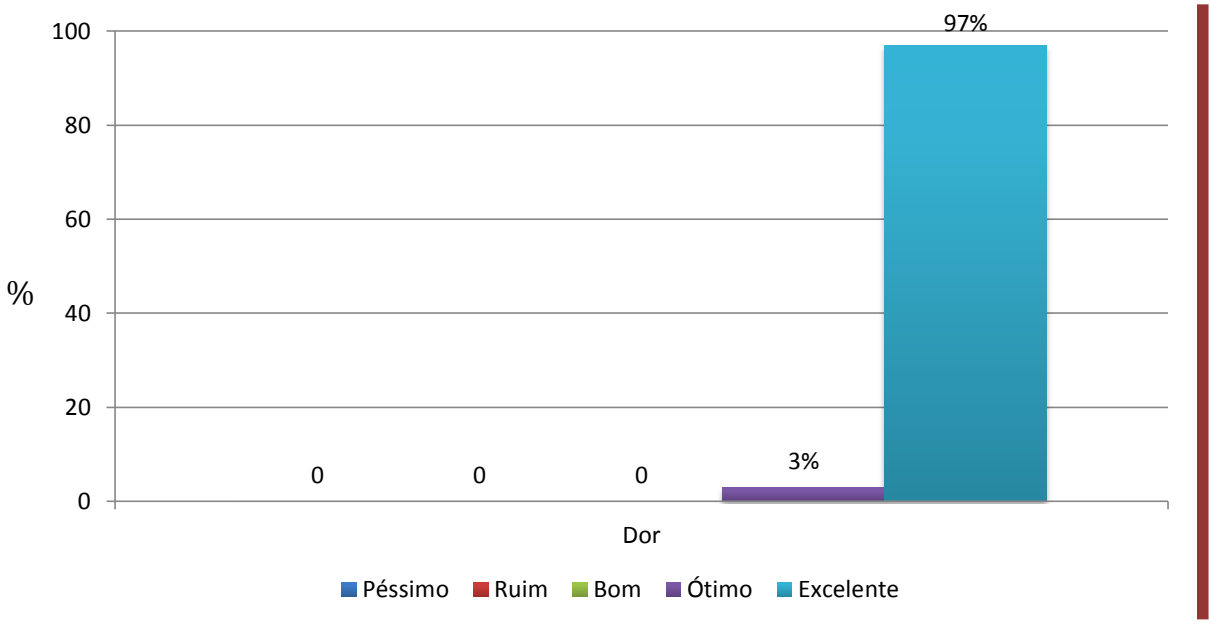


GRÁFICO 4 – Domínio Dor

No domínio dor, 97% dos participantes do grupo de atividade física classificaram como sendo excelente. Muitas vezes, o processo de envelhecimento não se caracteriza como um período saudável e de independência, mas, pela alta incidência de doenças crônicas e degenerativas que, muitas vezes, resultam em elevada dependência. A maioria desses quadros apresentão-se com dor e, em significativa parcela deles como principal queixa do indivíduo a dor crônica, que pode interferir de modo significativo na qualidade de vida dos idosos (DELLAROZA; PIMENTA; MATSUO, 2007).

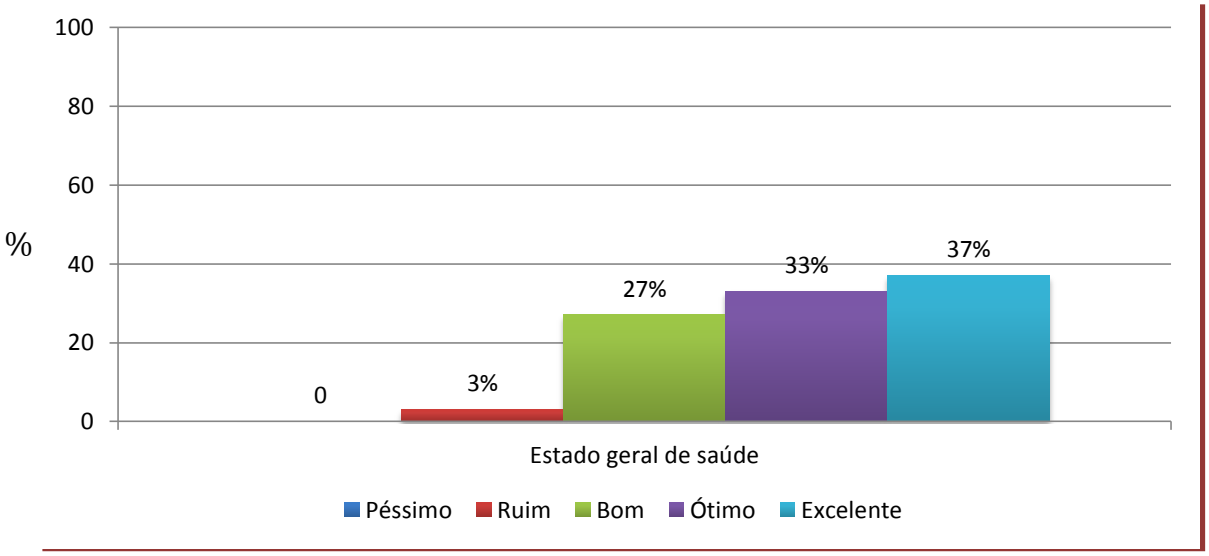


GRÁFICO 5 – Domínio Estado Geral de Saúde

Apesar do domínio estado geral de saúde obter 37% excelente, observou que as demais categorias foram avaliadas quantitativamente próximas, visto que no processo de envelhecimento é natural as alterações nos diversos sistemas o que implica modificações no estado geral de saúde.

Em consonância com este estudo, os resultados encontrados por Viégas, Silva e Alvarenga (2009), identificaram que a prática de exercícios físicos é indicativa de melhores condições de saúde e qualidade de vida, evidenciando que programas de incentivo à prática de exercícios físicos para esta população ainda são pouco explorados na perspectiva da promoção de saúde.

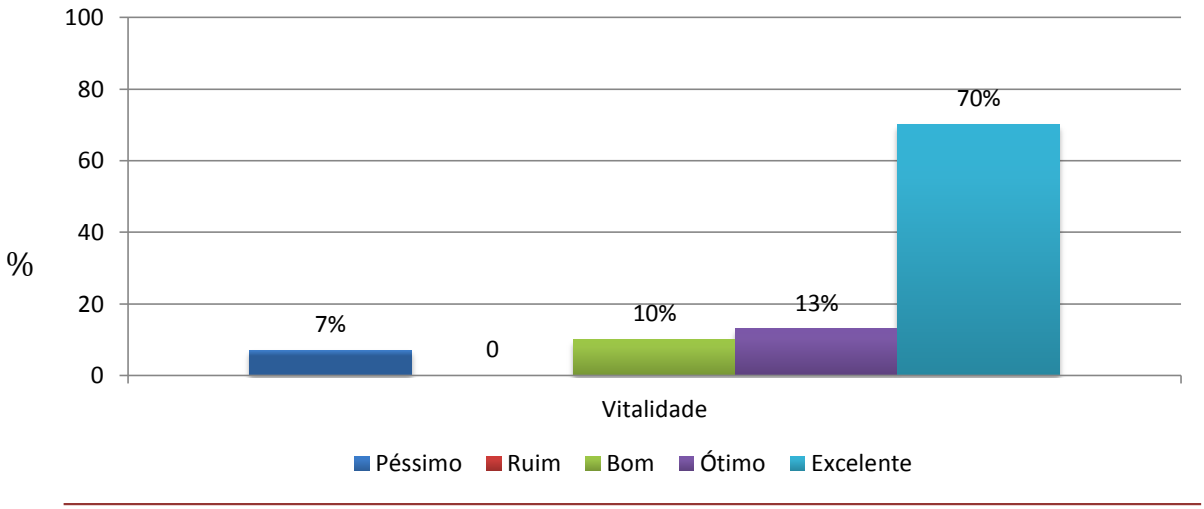


GRAFICO 6 – Domínio Vitalidade

Segundo Ferreira (1999), a definição de vitalidade envolve o funcionamento orgânico e o vigor, desta forma, 70% dos idosos avaliaram como sendo excelente e que eles afirmam que em alguma parte do tempo sentem-se cheios de vigor, de vontade e de força, enquanto em outros momentos sentem esgotados, incapazes de realizar tarefas simples do dia-a-dia e, numa pequena parte do tempo se sentem nervosos e com pouca energia

A presente investigação confirma os dados da pesquisa desenvolvida por Means, O'Sullivan e Rodes (2003), onde relataram que a prática de exercícios diminui os sintomas de depressão e ansiedade levando os indivíduos a uma maior auto-confiança e auto-estima, dessa forma, sentindo-se mais capazes para desempenharem suas atividades de vida diária, o que corrobora com os resultados obtidos neste estudo.

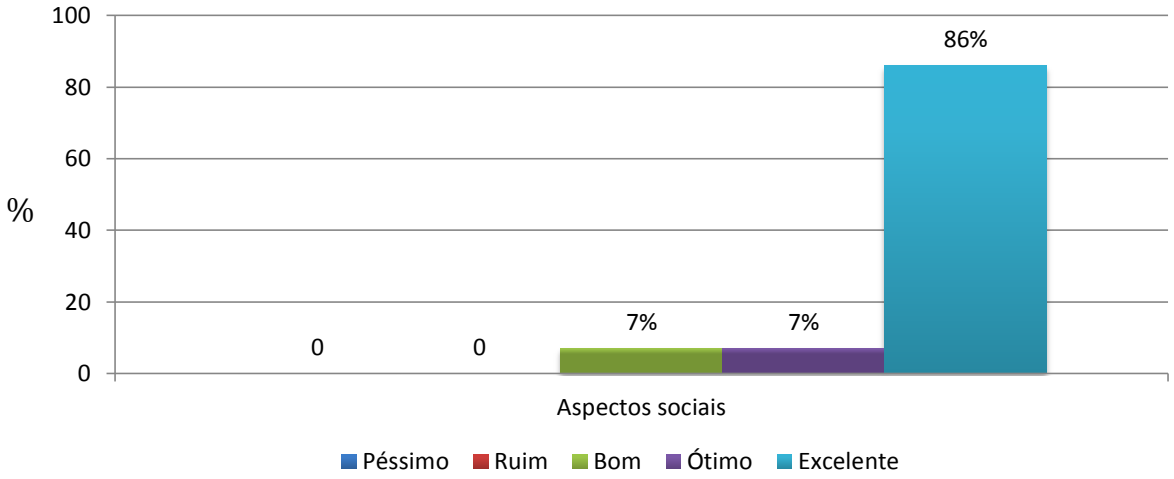


GRÁFICO 7 – Domínio Aspectos sociais

Conforme observado no Gráfico 7, 86% dos idosos avaliaram como excelente seus aspectos sociais.

O incentivo à participação social de idosos em grupos, para que possam exercitar suas habilidades, cidadania, estimular o lazer e trocas de experiências, dentre outras, com suporte no envelhecimento saudável, desperta neles o sentimento de agentes ativos, participativos e protagonistas de suas ações e de sua história (MATTOS, 2008).

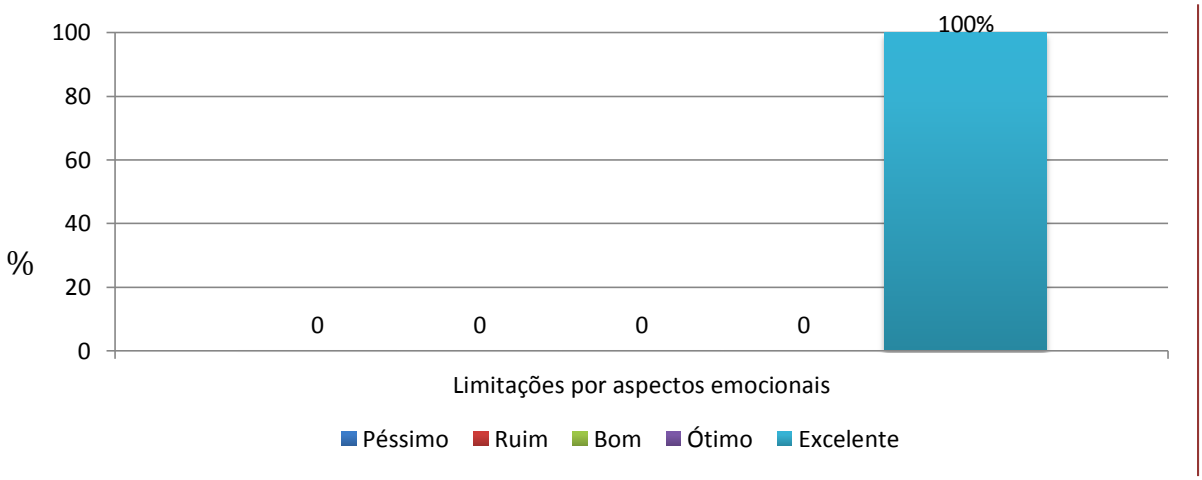


GRÁFICO 8 – Domínio Limitações por aspectos emocionais

O domínio limitações por aspectos emocionais foi avaliado como excelente na totalidade dos participantes da pesquisa, o que representa a ausência destas limitações oportunizadas pela convivência em grupo.

Mattos (2008) enfatiza que é em grupo que o idoso encontra o sentimento de pertença e de vinculação social. Os laços afetivos desenvolvidos uns com os outros, as trocas de sentimentos, experiências e o fato de aprender algo reanimam em cada um sua importância como ser humano, representando, assim, um ativador de mudanças, contribuindo para a quebra de tabus com a consequente valorização no partilhamento com o outro.

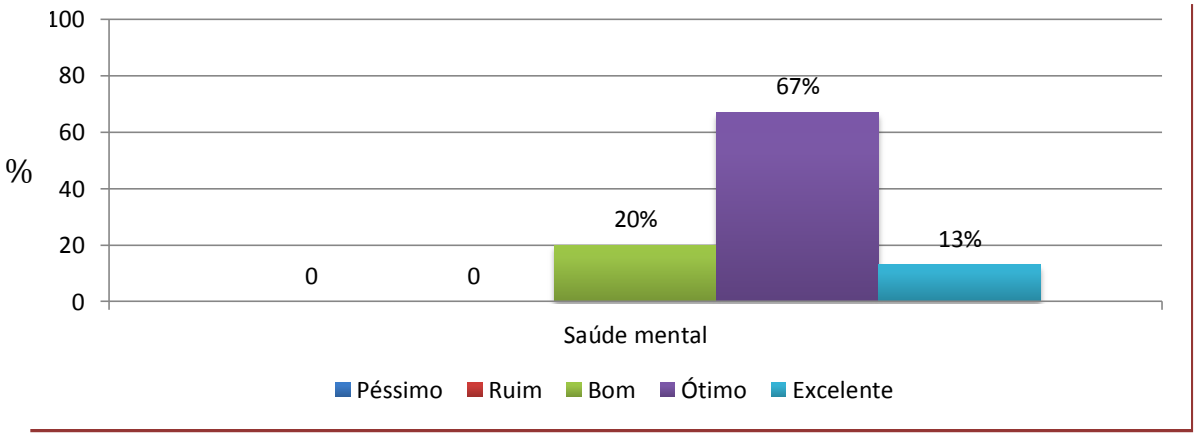


GRÁFICO 9 – Domínio Saúde mental

Diferente dos domínios apresentados, a saúde mental foi o único que não obteve a maioria excelente, pois 67% classificou como ótimo. É próprio do idoso apresentar alterações na saúde mental, onde suas consequências levam ao aparecimento de limitações emocionais, neste caso atenuadas pela socialização de vivências conforme o Gráfico 8.

Segundo Okuma (1998), as pessoas que sempre praticaram atividades físicas se mostram mais confiantes e emocionalmente mais seguras do que aquelas que a iniciam mais tarde ou que nunca a praticam.

Nesta perspectiva, a ações de saúde para os idosos, devem procur mantê-los com o máximo de capacidade funcional e independência física e mental na comunidade e no seio de suas famílias. Para tanto, oferecendo alternativas que atendam as diferentes condições biológicas, psicológicas e sociais dos idosos, dentro de modelos assistenciais que tenham como base a atenção primária saúde, valorizando a promoção de saúde e a prevenção de doenças e de incapacidades que acometem essas pessoas (REBELATTO; MORELLI, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o objetivo de avaliar a qualidade vida em idosos partcipantes de um grupo de atividade física, os resultados da presente pesquisa confirmam a hipótese que a qualidade de vida de idosos é excelente no contexto da realização de atividade física regular.

A avaliação dos domínios de qualidade de vida apresentaram índices excelentes, exceto saúde mental que foi ótimo.

Percebeu-se por meio deste estudo que a prática de atividade física é indicativa de uma maior percepção de qualidade de vida nos idosos. Porém, como os programas de incentivo à prática de exercícios físicos para esta população ainda são pouco explorados quanto à promoção de saúde, cabe aos profissionais de saúde engajar-se efetivamente em projetos que mobilizem os idosos de maneira que estes se sintam motivados tornando-se mais ativos e consequentemente tenham um melhor desempenho em suas atividades diárias.

Sugere-se, novas pesquisas com avaliação subjetiva e abordagem comparativa em idosos não praticantes de atividade física.

REFERÊNCIAS

ALFIERI, F. M.; TEODORI, R. M.; MONTEBELO, M. I. L. Mobilidade funcional de idosos submetidos à intervenção fisioterapêutica. **Saúd. Rev**. v. 6, p. 45-50, 2004.

ALVES, L. C., et al. Influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúd. Púb.** Rio de Janeiro, 23(8):1924-1930, ago, 2007.

ALVES, L. C.; LEITE, I. D. A. C.; MACHADO, C. J. Health profle of the elderly in Brazil: analysis of the 2003 National Household Sample Survey using the Grade of Membership method. **Cad. Saúd. Púb.** 24(3):535-46, 2008.

ANDRADE, F. A.; PEREIRA, L. V.; SOUSA, F. A. E. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. **Rev. Lat. Am. Enf.** mar-abr; 14(2): 271-6,2006.

BOUCHARD, C.; SHEPHARD; STEFENS. **Physical activity, fitness, and health consensus statement**. Champaign, IL: Human Kinetics, 1993.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96.** Brasília-DP, 1996.

BROWN, M., et al. Low-intensity exercise as a modifier of physical frailty in older adults. **Arch. Phys. Med. Rehabil**. v. 81, p. 960-965, 2000.

BURCKHARDT, C. S.; ANDERSON, K. L. The quality of life scale (QOLS):reliability, validity and utilization. **Health and Quality of LifeOutcomes**, 1(1):60, 2003.

CARNEIRO, R.; FALCONE, E. Um estudo das capacidades e defciências em habilidades sociais na terceira ida- de. **Psicologia em Estudo**, 9(1):119-26, 2004.

CELICH, K. L. S.; GALON, C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol** , 12(3):345-359, 2009.

CHAIMOWICZ , F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúd. Púb.,** 31:184-2001997.

CICONELLI, R. M., et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev. Bras. Reumatol.,** v. 39, n.3, 1999. P. 143-5

CONTE, E. M. T.; LOPES, A. S. Qualidade de vida e atividade física em mulheres idosas. **RBCEH – Rev. Bras. de Ciên. do Env. Hum.**, Passo Fundo, 61-75 - jan./jun. 2005.

DELLAROZA M. S. G., et al. Caracterização da dor e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, 54(1): 36-41 , 2008.

_____; PIMENTA, C. A. M.; MATSUO, T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(5):1151-1160, mai, 2007.

FARIA, J. C.; MACHALA, C. C.; DIAS, R. C.; DIAS, J. M. D. Importância do treinamento de força na reabilitação da função muscular, equilíbrio e mobilidade de Idosos. **Acta. Fisiatr.** v. 10, p. 133-137, 2003.

FARINATI, P. T. V. Avaliação da autonomia do idoso: definição de critérios para uma abordagem positiva a partir de um modelo de interação saúde-autonomia. **Arq. Geriatr. Gerontol.** 1:1-9, 1997.

FIEDLER, M. M.; PERES, K. G. Functional status and associated factors among the elderly in a southern Brazilian city: a population-based study. **Cad. Saud. Pub.**, 24(2):409-15, 2008.

FIGUEIREDO, K. M. O. B.; LIMA, K. C., GUERRA, R. O. Instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idosos. **Rev. Bras. Cineantropom. Desemp. Hum**. v. 9, p. 408-413, 2007.

GAMBARO, N. M., et al. Avaliação de dor no idoso: proposta de adaptação do Geriatric Pain Measure para a língua portuguesa. **RBM Rev. Bras. Med.** 66(3), mar. 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1991.

GONZÁLEZ, N. M. Symposium de calidad de vida: generalidades,mediciones utilizadas en medicina, elementos que la componen. **Arch. Reumatol.** 4(1):40-2, 1993.

GUBIANE, G. L. Envelhecer com qualidade. **Cad. Ad.** Santa Maria, v. 4, p. 233-238. 2000.

HEIKKINEN, R. L. **The role of physical activity in healthy aging.** Geneva, Switzerland: World Health Organization, Ageing and Health Programme, 1998.

KALACHE, A.; VERAS R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo**. Rev. Saúd. Púb.** 21:200-10, 1987.

LENTZ, R. A.; COSTENARO, R. G. S.; GONÇALVES, L. H. T.; NASSAR, S. M. Oprofissional de enfermagem e a qualidade de vida: umaabordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. **Rev. Lat. Enf.** 8(4):7-14, 2000.

MARTINEZ, J. E.; MACEDO, A. C.; PINHEIRO, D. F. C. Perfil clínico e demográfico dos pacientes com dor músculo-esquelética crônica acompanhados nos três níveis de atendimento de saúde de Sorocaba. **Acta. Fisiat.** 11:67-71, 2004.

MAZO, G. Z.; LOPES, M. A.; BENEDETTI, T. B. **Atividade física e o idoso**: concepção gerontológica. 2.ed. Porto Alegre: Sulina, 2004.

MOR, V., et al. Risk of functional decline among well elders. **J Clin Epidemiol**, 42:895-904, 1989.

MORAIS, E. N. Principio básico de geriatria e gerontologia. Belo Horizonte: Coopemed, 2008

MOURA, L. S.; FEREIRA, M. C.; PAINE, P. A. **Manual de elaboração de projetos de pesquisa.** Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1998.

NAHAS, M. V. **A atividade física, saúde e qualidade de vida:** conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 2. ed. Londrina: Midiograf, 2001.

NERI, A. L. **Desenvolvimento e envelhecimento**: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas: Papirus, 2001.

_____. Qualidade de vida na velhice. In: REBALATTO, J. R.; MORELLI, J. G. S. **Fisioterapia Geriátrica:** a prática da assistência ao idoso. Barueri, São Paulo: Manole, 2004.

PADOIN, P. G., et al. Análise comparativa entre idosos praticantes de exercício físico e sedentários quanto ao risco de quedas. **O Mund. da Saúd.** São Paulo, 34(2):158-164, 2010.

PAFFEMBARGER JÚNIRO, R. S.; LEE, I. M. Physical activity and fitness for health and longevity. **Research Quaterly for Exercice and Sport**, v. 67, n. 3, p. 11-28, 1996.

PAPALÉO NETO, M.; CARVALHO FILHO, E. T.; SALLES, R. F. N. Fisiologia do Envelhecimento In: PAPALÉO NETO, M.; CARVALHO FILHO, E. T. **Geriatria**: Fundamentos, Clínica e Terapêutica. 2 ed. São Paulo: Atheneu, Cap. 4, p. 43-61, 2005.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião.** Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2000.

PIMENTA, C. A. M.; TEIXEIRA, M. J. Dor no idoso. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO M. J. E. **Atendimento domiciliar um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, p.373-87, 2000.

_____; KOIOZUMI, M. S.; TEIXEIRA, M. J. Pain, depression, and cultural concepts. **Arq. Neuropsiquiatr.,** 55(3A):370-80, 1997.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo**. Cad. Saúd. Púb.,** 19:793-7, 2003.

_____. et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúd. Púb.,** 27:87-94, 1993.

ROSA, T. E., et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúd. Púb.,** São Paulo, v.37, n.1, p.40-48, fev. 2003.

SANTOS, E. V. L., et al. **Qualidade de vida na Terceira idade:** Comparação entre idosos ativos e inativos. 91 pg. Monografia do curso de bacharelado em Fisioterapia. Faculdades Integradasde Patos – FIP. Patos PB, 2010.
SANTOS, L. C. **Imagem corporal a partir de roupas esportivas usadas por acadêmicos da 3ª idade adulta da UFAM maiores de 60 Anos**. 91 pg. Relatório de Pesquisa. Universidade Federal do Amazonas. Manaus, 2009.

SANTOS, S. R., et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escalade Flanagan. **Rev. Latinoam. Enf.** , nov./dez.;10(6):757-64, 2002.

SHEPHARD, R. J. Aging, physical activity, and health. **Champaign**, IL: Human Kinetics, 1997.

SHUMWAY-COOK, A.; WOOLLACOTT, M. H. **Controle motor**: teoria e aplicações práticas. 2. ed. São Paulo: Manole; 2003.

SILVA, M. A. da. Exercício e qualidade de vida. In: GHORAYEB, N.; BARROS, T. **O exercício**: preparação fisiológica, avaliação médica, aspectos especiais e preventivos. São Paulo: Atheneu, 1999.

SILVA, M. C. S. Dor no idoso. In: TERRA, N. L.; DORNELLES, B. (Org). Envelhecimento bem-sucedido. Porto Alegre: **EDIPUCRS**, p.161-5, 2002.

SMITH, B. H.; ELLIOTT, A. M.; CHAMBERS, W. A. The impact of chronic pain in the community. **Fam. Prac.,** 18:292-9, 2001.

SOUSA, J. M. Um olhar sobre a dor do idoso. In: LEÃO, E. R.; CHAVES, L. D. **Dor: 5º sinal vital:** reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba: Matinari, p.263-74,2004.

TEIXEIRA, C. S., et al. Equilíbrio corporal e exercícios físicos: uma investigação com mulheres idosas praticantes de diferentes modalidades. **Acta. Fisiatr.**, v.15, p. 154-157, 2007.

TEIXEIRA, M. J.; TEIXEIRA, W. G. J.; SANTOS, F. P. S. Epidemiologia clínica do dor músculo-esquelético. **Rev. Med.** (São Paulo). 80(Ed Esp pt 1):1-21, 2001.

_____; MARCON, R. M.; ROCHA, R. O. **Epidemiologia da dor**. In: Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento. São Paulo: Moreira Júnior, p.1-7, 2001.

TEIXEIRA, M.; PIMENTA, C. A. M. Introdução. In: TEIXEIRA, M. J.; CÔRREA, C. F.; PIMENTA, C. A. M. (Org). **Dor:** conceitos gerais. São Paulo: Editora Limay; p. 3-6, 1994.

VALKENBURG, H. A. Considerações Epidemiologicas da População Geriatrica. **Gerontology,** 34 Suppl 1:2-10,1988

VERAS, R. Population aging today: demands, challenges and innovations. **Rev. Saúd. Pub.,** 43(3):548-54, 2008.

ZHONG, S.; CHEN, C.N.; THOMPSON, L. V. Sarcopenia of ageing: functional, structural and biochemical alterations. **Rev. Bras. Fisioter.**, v. 11, p. 91-97, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário de dados biodemográficos

1. Gênero:

( ) Feminino ( ) Masculino

2. Idade: _____

3. Estado civil:

( ) casado

( ) viúvo

( ) separado/divorciado

( ) solteiro

( ) outro

4. Escolaridade:

( ) não tem estudos

( ) ensino fundamental completo

( ) ensino fundamental incompleto

( ) ensino médio completo

( ) ensino médio incompleto

( ) ensino superior completo

( ) ensino superior incompleto

( ) pós-graduação

5. O lugar onde mora é: ( ) próprio ( ) alugado ( ) outro: _____

7. Qual é a renda familiar mensal? _____

8. Há quanto tempo participa do grupo de atividade física? _____

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Nome da pesquisa: Avaliação da qualidade de vida em idosos participantes de um grupo de atividade física.
Pesquisadores responsáveis: Everson Vagner de Lucena santos e Danielle Marinho dos Santos, CPF 050.198.054-75, telefone para contatao (083) 8775 6790.
Informações sobre a pesquisa: A realização deste estudo objetiva avaliar a dor e qualidade de vida em idosos sedentários e não sedentários.

_____

Pesquisador responsável

Eu,_____,
portador de RG:_____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar da pesquisa. a- A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre o questionário, instrumento de coleta de dados antes e durante o transcurso da pesquisa, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, estando assegurado o absoluto sigilo das informações obtidas; b- A segurança plena de que não serei identificado mantendo o caráter oficial da informação, assim como, está assegurada que a pesquisa não acarretará nenhum prejuízo individual ou coletivo; c- A segurança de que não terei nenhum tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, bem como, esta pesquisa não causará nenhum tipo de risco, dano físico ou mesmo constrangimento moral e ético ao entrevistado; d- A garantia de que toda e qualquer responsabilidade nas diferentes fases da pesquisa é dos pesquisadores, bem como, fica assegurado poderá haver divulgação dos resultados finais em órgãos de divulgação científica em que a mesma seja aceita; e- A garantia de que todo o material resultante será utilizado exclusivamente para a construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitado pelo entrevistado em qualquer momento.
Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

Patos-PB, ____de _____ de 2012.

_____

Assinatura do envolvido

Assinatura
dactiloscópica

APÊNDICE C – Termo de Compromisso do Pesquisador

Por meio deste termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente, autor e orientanda da pesquisa intitulada **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS PARTICIPANTES DE UM GRUPO DE ATIVIDADE FÍSICA,** assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, outorgada pelo Decreto nº 98,833, de 24 de janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outros sim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos semestralmente e sempre que solicitado pelo CEP/FIP (Comitê de Ética em Pesquisa/Faculdades Integradas de Patos), ou CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/FIP, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Patos - PB, ____ de _____ de 2011.

_____
Orientador

_____
Orientanda

ANEXOS

ANEXO A – Questionário de Qualidade de Vida SF-36

VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida SF-36 (CICONELLI, 1999)

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro ou em dúvida em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que a sua saúde é:

(circule uma)

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

2. **Comparada a um ano atrás**, como você classificaria sua saúde em geral, **agora**?

(circule uma)

Muito melhor	Um pouco melhor	Quase a mesma	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde**, você teria dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a. **Atividades vigorosas**, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b. **Atividades moderadas**, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a	1	2	3

casa.			
c. Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d. Subir **vários** lances de escada.	1	2	3
e. Subir **um lance** de escada.	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3
g. Andar **mais de 1 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 o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como conseqüência de sua saúde física**?

(circule um em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu **a quantidade de tempo** que dedicava-se ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou **menos tarefas** do que você gostaria?	1	2
c. Esteve **limitado** no seu tipo de trabalho ou em outra atividade?	1	2
d. Teve **dificuldade** de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex.: necessitou de um esforço extra)?	1	2

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

(circule um em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu **a quantidade de tempo** que dedicava-se ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou **menos tarefas** do que você gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto **cuidado** como geralmente faz?	1	2

6. Durante **as últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

De nenhuma forma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7. Quanta dor **no corpo** você teve durante as **últimas 4 semanas**?

(circule uma)

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8. Durante **as últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante **as últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação **as últimas 4 semanas**.

(circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo	1	2	3	4	5	6

você tem se sentido com muita energia?						
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

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

(circule uma)

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

11. O quanto **verdadeiro** ou **falso** é cada uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente do 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 a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

CÁLCULO DOS ESCORES DO QUASTIONÁRIO GENÉRICO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36

FASE I: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for: 1 2 3 4 5	A pontuação será: 5,0 4,4 3,4 2,0 1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for: 1 2 3 4 5	A pontuação será: 5 4 3 2 1
07	Se a resposta for: 1 2 3 4 5 6	A pontuação será: 6,0 5,4 4,2 3,1 2,2 1,0
08	A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7 Se 7 = 1 e se 8 = 1 o valor da questão é (6) Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 1 o valor da questão é (5) Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 2 o valor da questão é (4) Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 3 o valor da questão é (3) Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 4 o valor da questão é (2) Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 5 o valor da questão é (1) Se a questão 7 não for respondida o escore da questão 8 passa a ser o seguinte: Se a resposta for (1) a pontuação será (6) Se a resposta for (2) a pontuação será (4,75) Se a resposta for (3) a pontuação será (3,5) Se a resposta for (4) a pontuação será (2,25) Se a resposta for (5) a pontuação será (1,0)	
09	Nesta questão a pontuação para os itens a, d, e, h deverá seguir a seguinte orientação: Se a resposta for 1 o valor será (6) Se a resposta for 2 o valor será (5) Se a resposta for 3 o valor será (4) Se a resposta for 4 o valor será (3) Se a resposta for 5 o valor será (2)	

	Se a resposta for 6 o valor será (1)
10	Considerar o mesmo valor
11	Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deve-se seguir a seguinte pontuação: Se a resposta for 1 o valor será (5) Se a resposta for 2 o valor será (4) Se a resposta for 3 o valor será (3) Se a resposta for 4 o valor será (2) Se a resposta for 5 o valor será (1)

Fase II: Cálculo do RAW Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínios:
1. Capacidade funcional
2. Limitação por aspectos físicos
3. Dor
4. Estado geral de saúde
5. Vitalidade
6. Aspectos sociais
7. Aspectos emocionais
8. Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

$$\textbf{Domínio} = \frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes – Limite inferior}}{\text{Variação (Score Range)}} \times 100$$

Na fórmula os valores de Limite inferior e Variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo:

Domínio	Pontuação da(s) questão(ões) correspondentes	Limite Inferior	Variação (Score Range)
Capacidade funcional	03	10	20
Limitações por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09	5	25

	(somente os itens b + c + d + f + h)		

Exemplos de cálculos:

1. Capacidade funcional: (ver tabela)
- Verificar a pontuação obtida na questão 03, por exemplo, 21.
- Aplicar a fórmula:

Capacidade Funcional = Valor obtido nas questões correspondentes – Limite inferior X 100
Variação (Score Range)

Capacidade Funcional = $\frac{21 - 10}{20}$ X 100 = 55

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, numa escala que varia de 0 a 10, onde zero é o pior estado e 100 é o melhor.

2. Dor: (ver tabela)
- Verificar a pontuação obtida nas questões 07 e 08, por exemplo 5,4 e 4, portanto somando as duas teremos 9,4
- Aplicar a fórmula:

Dor = Valor obtido nas questões correspondentes – Limite inferior X 100
Variação (Score Range)

Dor = $\frac{9,4 - 2}{10}$ X 100 = 74

O valor para o domínio Dor é de 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e 100 é o melhor.

Assim você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo 8 notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo somá-las e fazer uma média.

Obs.: A questão 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, ela é utilizada somente para se avaliar o quanto o paciente está melhor ou pior comparado a um ano atrás.

Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% ou mais dos seus itens.

ANEXO B - Termo de Autorização Institucional

Venho por meio deste autorizar o desenvolvimento da pesquisa intitulada "**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS PARTICIPANTES DE UM GRUPO DE ATIVIDADE FÍSICA**, a ser realizada na Secretaria Municipal de Saúde sob responsabilidade da aluna DANIELLE MARINHO DOS SANTOS e orientado pelo **Profª. Everson Vagner de Lucena Santos,** como requisito para a conclusão do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos. Declaro, também, que não recebi ou receberei qualquer tipo de pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Patos-PB, ____ de _____ de 2011.

Aluna-Orientanda

Professor-Orientador

Responsável Institucional

ANEXO C – Certidão de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa

FUNDAÇÃO FRANCISCO MASCARENHAS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Com base na Resolução 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, em sua sessão realizada em 29 de novembro de 2011 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado, **Avaliação da dor e qualidade de vida em idosos**
Protocolo número: **152/2011** do pesquisador: **Everson Vagner de Lucena Santos.**

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

LÍDIA PINHEIRO DA NÓBREGA
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa – CEP/FIP