

ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS PARTICIPANTES DE ATIVIDADES TERAPÊUTICAS EM UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA

Silvana Mara Rocha Sydney Montenegro

Fisioterapeuta, Mestre em Educação em Saúde pela UNIFOR, Especialista em Gerontologia, Docente da Faculdade de Tecnologia Intensiva – FATECI.

E-mail: silvanamontenegro@yahoo.com.br

Iramaia Bruno Silva Lustosa

Nutricionista, Mestre em Saúde Coletiva /UECE, Docente da FIC.

E-mail: iramaiabruno@quepasa.com

Erika Belém Lima

Filósofa, Mestre em Filosofia pela UECE, Docente da UECE e Faculdade de Tecnologia Intensiva – FATECI.

E-mail: erikabelem2004@yahoo.com.br

Moêma Karina da Silva Façanha

Fisioterapeuta pela Faculdade de Tecnologia Intensiva – FATECI.

E-mail: moemakarina@hotmail.com

Gislene Torres de Oliveira

Fisioterapeuta pela Faculdade de Tecnologia Intensiva – FATECI;

E-mail: gislenetorres@hotmail.com

LABORATOIRE D'ANALYSE ET DE RECHERCHE
 PARTIEMENT DE RECHERCHES ET DE TRAVAUX EN CHIMIE
 CENTRE DE RECHERCHES

Le présent rapport a été établi en vertu de la loi n° 10 du 10 août 1965 relative à la déontologie de la profession d'expert.

Fait à Paris, le 10 août 1965.

Le Directeur du Centre de Recherches, M. J. B.

Le Rapporteur, M. J. B.

Le Secrétaire, M. J. B.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional resulta de um processo gradual de transição demográfica que, independentemente de estar ocorrendo em países ricos ou naqueles tidos como pobres modifica a idade da mortalidade, e um número maior de pessoas é acometido por uma incidência elevada de doenças crônico-degenerativas e incapacitantes. Portanto, há necessidade de procurar conhecer e desenvolver todas as alternativas possíveis tanto para prevenir, como para retardar o aparecimento das doenças crônicas e os consequentes agravos causados por elas (BRITO, 2004).

Atualmente o número de pessoas com mais de 60 anos, é de 14,6 milhões (8,6% do total), segundo projeções populacionais e deverá crescer tanto em números relativos, devido à diminuição da população de crianças e jovens, como absolutos, pelo aumento progressivo da esperança de vida ao nascer em anos, que hoje, no Brasil, é de 73 anos para mulheres e de 65 anos para os homens. Já para a esperança de vida aos 60 anos, a diferença observada para os dois sexos diminui, sendo de 16 anos para os homens e de 19,4 anos para as mulheres. Além disso, os mesmos dados de projeção demonstram que no Brasil, entre os anos de 1950 e 2025, a população total crescerá cinco vezes, enquanto a população com idade igual a 60 anos ou mais sofrerá um aumento de 15 vezes. Esses dados permitem estimar que entre as 10 nações que possuirão as

maiores populações de idosos no mundo, o Brasil figurará em sexto lugar, devendo ter aproximadamente 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (IBGE, 2000).

O conhecimento da dinâmica e das mudanças observadas no perfil populacional brasileiro, obtido por esses dados, poderá, se incorporado ao planejamento das políticas públicas, auxiliar no desenvolvimento de ações concretas voltadas para essas pessoas, uma vez que elas apresentam situações especiais de necessidades sociais e de saúde. As mudanças que ocorrerão na estrutura dos serviços de saúde com cerca de dois terços do total das doenças que causarão enormes custos com os cuidados de saúde para toda a sociedade (M.S, 2006). Portanto, este fato tem grande importância para o planejamento dos serviços de saúde e de formação de recursos humanos e de ensino na área médico-assistencial.

QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE

No Brasil, o interesse pela qualidade de vida na velhice é ainda incipiente e fragmentado, com certeza porque a emergência da velhice como fenômeno social é muito recente e em especial, por inserir-se num quadro de forte desigualdade social e de acentuadas carências, no qual uma minoria, como os idosos, não chega a constituir demandas capazes de mobilizar a sociedade em favor do atendimento de suas necessidades (NÉRI, 1999).

A qualidade de vida na velhice, está relacionada a uma multiplicidade de aspectos e influências referentes ao processo de envelhecimento. O autor define quatro dimensões inter-relacionadas: ambiente, competência comporta-

mental, qualidade de vida percebida e bem-estar subjetivo. A qualidade de vida percebida, o bem-estar subjetivo e os mecanismos da personalidade têm fortes relações com a competência adaptativa, que engloba as competências emocional, cognitiva e comportamental. Essa inter-relação tem importante significado na saúde física e mental no decorrer do processo de envelhecimento. A qualidade de vida na velhice está diretamente relacionada à interação de vários fatores construídos ao longo da vida. Esses fatores compreendem carga genética, estilo de vida, relações sociais e familiares, capacidade laborativa, educação, suporte econômico e ambiente físico (REBELLATO, 2004).

Assim, sendo qualidade de vida uma construção eminentemente interdisciplinar, a contribuição de diferentes áreas do conhecimento pode ser de fato valiosa e mesmo indispensável no seu desenvolvimento e poderá resultar em mudanças nas práticas assistenciais e na consolidação de novos paradigmas do processo saúde-doença, o que pode ser de grande validade para a superação de modelos de atendimento eminentemente biomédicos, que negligenciam aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais importantes nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde (SEIDL; ZANNON, 2004).

A OMS, publicou em 1980 a “Classificação Internacional de deficiências, incapacidades e desvantagens”, para avaliar e mensurar todas as manifestações de consequências de doenças, tendo-se em vista avaliar a qualidade de vida. Alguns países testaram, mas foram propostas várias alterações e surgiu uma nova classificação, aprovada pela Organização Mundial da Saúde (2001). A CIF transformou-se de uma classificação de “consequências de doenças” (ver-

são 1980), em uma classificação dos “componentes da saúde”. A CIF é uma ferramenta para medir qualidade de vida individual e coletivamente, como uma ferramenta estatística no registro e coleta de dados em estudos populacionais bem como em pesquisas. Compõe-se de duas grandes partes: 1) Funcionalidade com funções e estruturas do corpo, atividades e participação; 2) Fatores contextuais com fatores ambientais e pessoais.” (OMS, 2002).

A Promoção da Saúde surge como resposta a este desafio da velhice sem incapacidade, pois engloba ações dirigidas para o fortalecimento das habilidades físicas e mentais dos indivíduos, mas também as ações direcionadas para as mudanças nas condições sociais, ambientais e econômicas, de forma a aliviar seu impacto sobre a saúde pública e individual. A promoção da saúde é o processo que possibilita às pessoas aumentar o controle sobre determinantes da saúde e, dessa forma, melhorar sua saúde (BRASIL, 2001).

Para o alcance deste propósito, foram definidas como diretrizes essenciais segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI, 2006):

- A promoção do envelhecimento saudável;
- A manutenção da capacidade funcional;
- A assistência às necessidades de saúde do idoso;
- A reabilitação da capacidade funcional comprometida;
- A capacitação de recursos humanos especializados;
- O apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e
- O apoio a estudos e pesquisas.

A promoção da saúde é realizada através de medidas preventivas que apresentam três estágios de prevenção:

1. Impedir o aparecimento das doenças: prevenção primária;
2. Detecção precoce e prevenção das complicações: prevenção secundária;
3. Reabilitação ou alentecimento da progressão de uma doença: prevenção terciária.

O modelo proposto por Leavell e Clark (1976) de procurar classificar as ações de prevenção em três níveis, a saber, primário, secundário e terciário, permite uma aplicação das ações de saúde nas várias fases da história natural da doença. A prevenção primária é composta de dois níveis, promoção de saúde e proteção específica. A prevenção secundária, que inclui nos seus dois níveis o diagnóstico e o tratamento precoce, além da limitação da invalidez, permitirá uma recuperação satisfatória e a limitação da invalidez dos pacientes. A prevenção terciária seria realizada por meio de ações de reabilitação, procurando readaptar o indivíduo na sua comunidade para que desempenhe o máximo de suas atividades e consiga de volta sua autonomia. Estes dois modelos podem ser articulados de maneira que possibilitem parâmetros de saúde para que os idosos possam ser avaliados na melhoria das condições de vida e qualidade de vida percebida nesta fase do ciclo da vida.

No final da década de 1980 foi introduzida no debate gerontológico, por Rowe e Kahn (1991), a possibilidade de separar em dois grupos aquelas pessoas não doentes que eram catalogadas então como normais. O primeiro grupo, que foi denominado comum, seria constituído de pessoas que apresentavam altos riscos, como serem fumantes, obesos ou inativos fisicamente. O segundo grupo, denominado bem-sucedido, compõe-se de indivíduos que

apresentam baixos riscos e boa capacidade funcional, tanto física quanto cognitiva. O modelo de envelhecimento bem-sucedido pode ser caracterizado pela presença de três situações essenciais que interagem dentro de uma relação dinâmica, a saber: baixa probabilidade de doenças e de incapacidades associada a elas, boa capacidade funcional, tanto física quanto cognitiva, e participação ativa na sua comunidade.

ATIVIDADES PARA GRUPO DE IDOSOS

A velhice passou a ser vista como uma questão social, assim os grupos de idosos adquirem uma importância vital na promoção e na reconstrução de sua identidade e no resgate de vínculos com familiares, amigos e até mesmo afetivo (namoro). Embora a idade avançada seja ainda considerada um trunfo em certos ramos de atividade, sobretudo na política, a tendência é que as pessoas sejam forçadas à aposentadoria apesar de potencialmente produtivas. Acontece que, o progresso da medicina quanto à conservação da saúde, não correspondeu uma ampliação do mercado de trabalho, capaz de absorver toda a população ativa. O fenômeno é mundial e não estão livres dele os países desenvolvidos: os mais idosos, mesmo saudáveis, são parcela significativa da mão de obra excedente (ROGOFF, 2003).

A importância social de um grupo etário relaciona-se a sua influência efetiva na sociedade. A experiência de vida, assim como o conhecimento adquirido por meio dela, prerrogativa dos mais idosos, é valorizada sobretudo em culturas de tradição oral e ágrafa como no Japão. O declínio de prestígio do idoso na sociedade industrial é a

contrapartida do valor adquirido pelo próprio saber científico, que desconsidera a experiência cotidiana e a tradição em favor de outros métodos de determinação da verdade (PASCHOAL, 2000).

Entretanto, os idosos são capazes de ativar mecanismos de otimização e compensação para enfrentar essas perdas no decorrer da vida, lançando mão de recursos tecnológicos, solicitando apoio social e psicológico, através da busca por atividades que exijam níveis mais elevados de independência física (BALTES, 1997).

CARACTERIZAÇÃO DA DANÇA COMO ATIVIDADE TERAPÊUTICA

A dança é um tipo de modalidade que pode apresentar seis funções: autoexpressão, comunicação, diversão, prazer, revitalização da sociedade, pois tem um forte caráter sociabilizador e motivador, seja em par ou sozinho, seja idoso ou criança, seja homem ou mulher, ao dançar todos se sentem bem (LEAL & HAAS, 2006).

Segundo Nanni (1995) a dança é uma expressão *harmônica e universal, ou seja, é uma das raras atividades humanas em que o homem se encontra totalmente ligado ao corpo, espírito e coração.*

Para Garaudy (1980), a dança não é apenas uma arte, mas também um modo de viver ou até mesmo um modo de existir, em que se interliga o aspecto da vida cotidiana como trabalho, religião e festas. A dança representa um modo de viver e ver o mundo.

CONTRIBUIÇÃO DA DANÇA PARA UMA MELHOR QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE

As limitações funcionais que surgem com o passar dos anos podem sofrer regressões, com atividades terapêuticas, que são instrumentos potencializadores da melhora da funcionalidade e conseqüentemente da qualidade de vida na velhice. A dança como atividade terapêutica ajuda a garantir a independência funcional do indivíduo através da manutenção de sua força muscular, principalmente de sustentação, equilíbrio, potência aeróbica, movimentos corporais totais e mudanças no estilo de vida (RESENDE, 2003), (HASHIZUMI et al, 2004).

Para Resende (2003) é importante que o idoso experimente a existência de suas articulações, o limite de sua força juntamente com o prazer de extravasar suas emoções e seus sentimentos, visto que na terceira idade os indivíduos tornam-se muito reprimidos e limitados.

De acordo com Hashizumi (2004), os benefícios gerados pela dança são inúmeros, contudo deve haver o acompanhamento de profissionais da saúde com conhecimento específico, das limitações de cada idoso presente, pois a terceira idade é considerada um grupo de risco em que se deve trabalhar com extrema segurança.

Para Caldas (2003), a dança como atividade física ajuda a garantir a independência funcional do indivíduo através da manutenção da sua força muscular.

Okuma (1998) citado por Salvador (2004) relata que a dança é a melhor opção para indivíduos da terceira idade, pois é uma atividade realizada em grupo facilitando a integração e fortalecimento das amizades, com superação de

limites físicos, diminuindo assim as angústias e incertezas que cercam este grupo durante a vida cotidiana.

De acordo com análises de programas de atividades terapêuticas para melhora da capacidade funcional do idoso, mostrou que 50% das mulheres e 42% dos homens com maior nível de atividade física, têm melhor saúde e habilidade funcional comparados ao sedentário da mesma idade (LEE, 2000).

Os exercícios promovem um aumento do tônus e da resistência das estruturas périarticulares, melhorando o suporte e a estabilidade articular, reduzindo a progressão de doenças osteoarticulares. A combinação de exercícios de resistência, equilíbrio, aeróbios e alongamento no idoso tem se mostrado eficaz na melhora funcional, controle da dor e na melhoria de qualidade de vida (PICKLES *et al.*, 2000).

Neste contexto, a dança contribui para que o tempo possua uma ação mais branda nos indivíduos, amenizando as dificuldades enfrentadas por pessoas em idades mais avançadas, portanto, o objetivo deste estudo trata-se de analisar a qualidade de vida de idosos participantes de atividades terapêuticas em um Centro de Convivência, identificando o grau de funcionalidade através da participação em atividades sociais e relacionar com a percepção dos idosos sobre a sua qualidade de vida.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo, observacional, transversal, quantitativo e qualitativo. O local do estudo foi num Centro de Convivência de idosos localizado no município de Pacatuba, que promove atividades terapêuti-

cas como: aulas de forró três vezes por semana e aulas de alongamento duas vezes por semana por profissionais de saúde da Secretaria de Saúde do Município.

A amostra do estudo foi constituída por 30 idosos de ambos os sexos com idade a partir de 65 anos residentes na área próxima ao Centro de Convivência do município de Pacatuba. Os idosos aceitaram participar da pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento Livre e esclarecendo-os quanto aos objetivos e finalidade da pesquisa realizada. Os critérios de inclusão foram aqueles que apresentavam condições de saúde e praticavam continuamente as atividades terapêuticas no Centro de Convivência.

Os instrumentos foram aplicados por alunos e fisioterapeutas pesquisadores da Fateci. A Secretaria de Saúde do Município de Pacatuba assinou um termo de autorização da pesquisa, permitindo que se realizasse o estudo no Centro de Convivência.

Primeiramente foi aplicado um instrumento de coleta contendo dados sociodemográficos e clínicos: nome, idade, sexo, estado civil, escolaridade, problemas de saúde, tipo de medicação controlada. Logo após, foi aplicada a escala SALSA, composta de 20 perguntas, que avalia o grau de funcionalidade através da participação social em grupos e analisada a execução de atividades da vida diária (AVDs). Num segundo momento foi aplicado o questionário de avaliação de qualidade de vida (SF-36), traduzido para o português, validado e adaptado para o Brasil por Ciconelli, em 1999. Os participantes foram orientados a responder o questionário de qualidade de vida SF-36 através de uma entrevista individual acompanhadas pelo pesquisador. O período da coleta de dados foi de agosto a outubro de 2011.

O SF-36 é um questionário genérico de avaliação de saúde, composto por 36 itens englobados em oito escalas, na qual se investigam aspectos distintos: 1. Capacidade funcional (dez itens): avalia a presença e a extensão das limitações impostas à capacidade física; 2. Aspectos físicos (dois itens); 3. Aspectos emocionais (três itens); 4. Dor (dois itens): baseados numa questão do questionário SF-20 sobre a intensidade da dor, acrescido da interferência da dor nas atividades de vida diária; 5. Estado Geral de Saúde (cinco itens): derivados do questionário General Health Rating Index; 6. Vitalidade (quatro itens): considera o nível de energia; 7. Aspectos sociais (dois itens): analisam a integração do indivíduo em atividades sociais; 8. Saúde mental (cinco itens): investigam as dimensões de ansiedade, depressão, alteração do comportamento ou descontrolo emocional e bem-estar psicológico.

O cálculo do SF-36 foi feito transformando as questões em domínios, sendo que para cada domínio existe um cálculo diferente que varia de zero a cem, onde zero corresponde ao pior estado de saúde e cem é o melhor estado de saúde (MARTINEZ *et al.*; 2004).

Os domínios foram avaliados de acordo com a percepção do idoso em relação a sua qualidade de vida. Os dados quantitativos foram analisados através de estatística descritiva e foram apresentados em tabelas e gráficos em forma de percentuais. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Dermatológico Dona Libânia com o protocolo de registro nº 058/2011.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo foi composto por 30 idosos com a média de idade de 70 anos que participam de atividades terapêuticas no Centro de Convivência do município de Pacatuba há pelo menos dois anos. Foram excluídos os idosos que não tivessem uma participação contínua nas atividades terapêuticas ofertadas pelo Centro de Convivência. Quanto ao gênero que compõe o grupo de 30 idosos, doze eram homens (42%) e dezoito eram mulheres (48%), evidenciando a presença maior de mulheres.

Segundo alguns autores, as mulheres são predominantes na participação em atividades em centros de convivência e instituições que abrigam idosos, pois a feminização da velhice é um fenômeno mundial, porque as mulheres possuem maior expectativa de vida de 8 anos em relação aos homens. Por outro lado, são elas, mais do que os homens, que participam de atividades extradomésticas, de organizações e movimentos de mulheres, fazem cursos especiais, viagens, e até mesmo trabalho remunerado temporário. Já homens mais velhos têm maiores dificuldades de se adaptar à saída do mercado de trabalho (CAMARANO, 2003).

Em relação à idade, 15% dos homens tinham de 65 a 70 anos e 4% tinham mais de 70 anos, já entre as mulheres 20% tinham uma faixa etária entre 65 a 70 anos e 9% acima de 70 anos.

Em relação ao estado civil 80% dos homens eram casados e 3% viúvos, enquanto que as mulheres 13% eram casadas, 72% viúvas e divorciadas enquanto que 18% eram solteiras.

Com relação a problemas de saúde dos 30 idosos avaliados, pudemos observar que as mulheres possuem mais patologias crônicas, como hipertensão e diabetes e em situações mais agravantes.

Tabela 1 – Patologias e Co-Morbididades

Variáveis em 18 Mulheres	N^o	%
Diabetes	17	56,6%
Hipertensas	17	56,6%
Variáveis em 12 Homens	N^o	%
Diabetes	04	13,3%
Hipertensos	04	13,3%

É observado, neste quadro acima, que as mulheres do grupo o qual foi pesquisado, têm maior índice de patologias crônicas, com 56,6% das mulheres e apenas 13,3% dos homens, reportaram estarem acometidos de patologias crônicas, confirmando os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (1998), que mostrou que as mulheres apresentam uma chance maior do que os homens de experimentarem doenças crônicas, na última fase da vida, tais como: artrite ou reumatismo, diabetes, hipertensão, doenças do coração e depressão, bem como de contraírem incapacidades que afetam as atividades do cotidiano (CAMARANO, 2003).

Foi realizada uma entrevista, tendo como base o questionário SF-36, que abordou os seguintes domínios na análise da qualidade de vida: Capacidade funcional 61,1 pontos, aspectos físicos 49,2 pontos, dor 34,9 pontos, estado geral de saúde 59,9, vitalidade 61,0, aspectos sociais 70,0, aspectos emocionais 40,45 e saúde mental 72,0.

Os resultados obtidos em cada domínio estão representados no quadro 2.

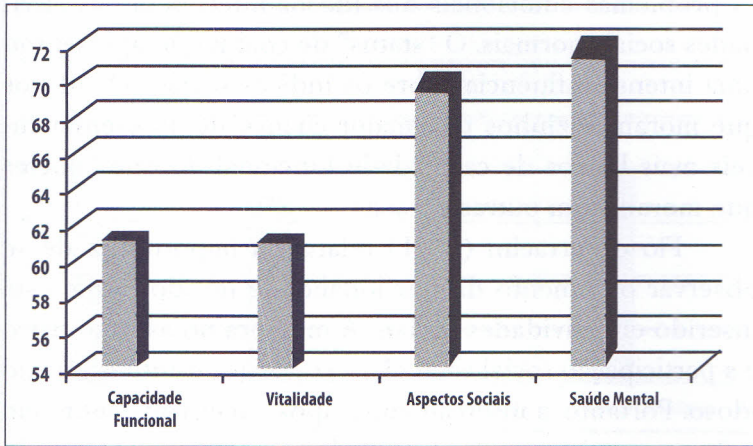
Quadro 2 – Variáveis dos Domínios Avaliados pelo SF-36 no Grupo de Idosos de Pacatuba

Domínio	Pontuação
Capacidade Funcional	61,1
Aspectos físicos	49,2
Dor	34,9
Estado geral de saúde	59,9
Vitalidade	61,0
Aspectos sociais	70,0
Aspectos emocionais	40,45
Saúde Mental	72,0

A idade apresentou diferença em maior pontuação para os domínios “capacidade funcional”, “vitalidade”, “aspectos sociais” e “saúde mental”, o que implica que quanto maior a idade, menor a qualidade de vida. No entanto, para Caldas (2003), a dança como atividade física ajuda a garantir a independência funcional do indivíduo através da manutenção da sua força muscular, mesmo em idade avançada.

O gráfico a seguir mostra os domínios e suas diferenças.

Gráfico 1 – Resultados de Domínios Referentes a Capacidade Funcional, Vitalidade, Aspectos Sociais e Saúde Mental



Nota: Capacidade Funcional: 61,1 Vitalidade: 61,0 Aspectos Sociais: 70,0 Saúde Mental: 72,0

A capacidade funcional avaliada obteve 61,1% de escore, representando uma melhora da saúde acima de 50% de acordo com os parâmetros do SF-36 que avalia que os escores perto de zero representam pior estado de saúde e os escores acima de 50% ou perto de cem, representam melhor estado de saúde.

De acordo com a vitalidade, o envolvimento do idoso em grupos sociais, promove uma renovação viril, pois os envolvidos relatam que conhecem outras senhoras e/ou senhores e podem até voltar a ter uma nova ou novo parceiro. Esse envolvimento ajuda a fortalecer a vitalidade, melhorando o aspecto psicológico e emocional de sua saúde. De acordo com Crepeau e Cohn (2011), o envolvimento em grupos sociais, podem trilhar para terapias alter-

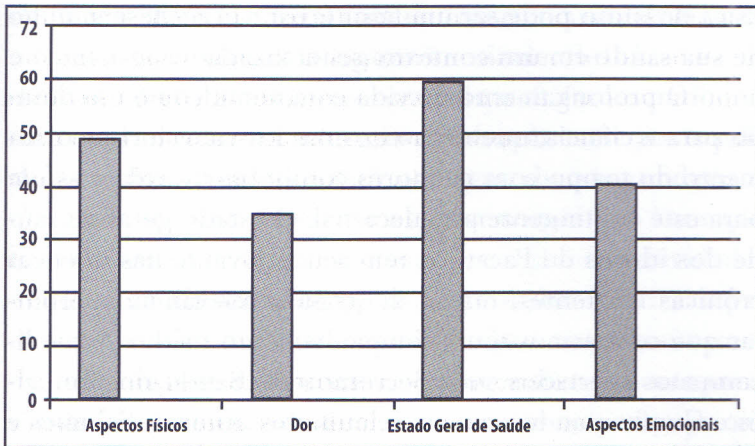
nativas e nessas terapias a busca na melhoria da qualidade de vida, pois os autores questionam que a saúde física ou os problemas emocionais dos idosos interferem nas atividades sociais normais. O “status” de coabitação apresentou uma intensa influência sobre os índices sociais. Os idosos que moram sozinhos têm maior chance de apresentar níveis mais baixos de capacidade funcional do que aqueles que moram com outras pessoas.

Fló e Perracini (2011) relatam a importância de se observar o aumento da funcionalidade no idoso que está inserido em atividades sociais. A melhora no aspecto físico e a participação social estabelece confiança e autoestima no idoso. Portanto, a inserção em grupos e o envolvimento em ações comunitárias são de grande relevância para a qualidade de vida na velhice.

Quanto ao aspecto da saúde mental, podemos observar que o grupo obteve o escore total de 72, que representa um nível alto de cognição e consciência do autocuidado, pois sentem-se satisfeitos em relação a participação no grupo e a relação de amizade com seus companheiros. Na tradução da obra *Psychiatric Nursing Made Incredibly Easy* (2005), os problemas de saúde mental mais frequentes como ansiedade, mal-estar, stress, perturbações, demências e atraso mental que acometem ao longo da vida são superados quando se participa de atividades terapêuticas em grupos sociais. Pois a prática de exercício físico envolve um incremento na memória do indivíduo.

No gráfico 2 podemos observar outros achados:

Gráfico 2 – Resultados de Domínios Referentes aos Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde e Aspectos Emocionais



Nota: Aspectos Físicos: 49,2 Dor: 34,9 Estado geral de saúde: 59,9 Aspectos Emocionais: 40,45

Durante a entrevista, os idosos relataram que participam desses encontros há mais de dois anos. Em relação a percepção sobre a sua qualidade de vida foi confirmado nos relatos que 95% das mulheres pesquisadas são infelizes com a sua saúde e situação financeira, mas que a participação nas atividades terapêuticas proporciona um relaxamento, alívio das dores e uma maior satisfação com a vida, pois o grupo representa um convívio social importante para elas.

A Dor obteve um score de 34,9% ,representando um fator determinante para o bem-estar do idoso, pois interfere nas atividades diárias e participação em grupos sociais. Segundo Nogueira (2010), a percepção da dor pode variar de pessoa para pessoa, mas também pode estar relacionada ao fator cultural, sendo transformado por muitos fatores.

Salles (2010), na abordagem do tratamento médico de urgência ao idoso, mostra que o cuidado com a saúde física do idoso pode ser um fator favorável ao desempenho de sua saúde em um contexto generalizado

O prolongamento da vida com qualidade é um desafio para a ciência, que cada vez mais busca, valorizar o aumento do tempo com melhores condições de vida e saúde para este contingente populacional. O estado geral de saúde dos idosos de Pacatuba tem seu agravante nas doenças crônicas existentes, mas é de grande relevância apresentar que os mesmos têm acompanhamento médico e medicamentos ofertados pela Secretaria de Saúde do Município. Confrontando com os relatos dos autores, Schmitz e O'Sullivan (2010), que revelam a importância da avaliação, tratamento e controle da medicação referente as doenças crônicas, que podem levar o idoso a ter uma vida normal com mais qualidade a vida.

No aspecto emocional, questiona se houve algum tipo de problema com o idoso na realização de suas atividades de vida diária, como consequência de algum problema emocional. Ao confrontar com a concepção apresentada por McAuley e Rudolph (1995), que concebe a saúde mental sob dois aspectos com componentes positivos que dizem respeito a autoestima e negativos que englobam os aspectos de depressão e estresse.

Durante a aplicação da Escala de SALSA (Screening of Activity Limitation and Safety Awareness), composta por 20 questões em que a soma de todas as colunas (1-80):

Identifica como: sem limitação: até 24 com grau de incapacidade zero; limitação leve: 25 a 39, representa um grau de incapacidade 1; limitação moderada: 40 a 49 com

grau de incapacidade 2; limitação severa: 50 a 59 com grau de incapacidade 3; limitação muito severa: 60-80, com grau de incapacidade 4 e os escores de consciência de risco onde a soma das colunas com escore 4 varia de (1-11).

No estudo foram encontrados que 95% das mulheres idosas apresentavam limitação moderada com pontuação de 41 escores, representando um grau de incapacidade 2, enquanto que 40% dos homens apresentaram limitação leve de 39 escores em relação à execução das atividades diárias como: amarrar os cadarços de sapatos, abrir tampas de vidros, andar vários quarteirões, representando um grau de incapacidade 1. Portanto, a preservação ou a recuperação da capacidade funcional consiste num objetivo prioritário na atenção ao idoso segundo Brito (2004).

Conforme Veras (2000), a manutenção da capacidade funcional é uma atividade multiprofissional para a qual concorrem médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, terapias ocupacionais, psicólogos, educadores físicos e assistentes sociais. Contudo, para que a atenção ao idoso possa se realizar em bases interprofissionais é fundamental que se estimule a formação de profissionais treinados na área de geriatria e gerontologia, como também a criação de políticas públicas de saúde e de linhas de financiamento a pesquisas que proporcionem a esse segmento populacional o atendimento às necessidades próprias dessa fase do ciclo da vida.

Quanto ao escore de consciência de risco de acordo com a soma dos escores 80% dos idosos apresentaram conscientes de suas limitações com um total de 9 escores respondidos de um total de 11 escores, enquanto 20% apresentaram ausência de consciência de risco.

Resultados semelhantes encontrados por Unger *et al.* (1999), investigaram os efeitos de participação e apoio social nas mudanças da função física, em indivíduos de 70 a 79 anos por um período de sete anos. Os resultados indicaram, que os participantes que mantinham mais participações sociais, demonstraram menos declínio da capacidade funcional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com contexto, pôde-se observar que, o envelhecimento, pode ser vivido como uma etapa prazerosa do ciclo da vida, principalmente quando este idoso consegue se adaptar às perdas da vida e procura se enquadrar em atividades de participação social na comunidade.

Entende-se que a construção da velhice é por toda a trajetória da vida e o reflexo da velhice mais saudável, dá-se das opções feitas ao longo do ciclo da vida e as escolhas elencadas durante o período do envelhecimento.

A pesquisa foi relevante por se tratar de um tema atual em que nos deparamos com um aumento gradativo da população idosa, por causa da rápida transição demográfica que ocorreu em três décadas no Brasil, colocando o Brasil não mais como um país de jovens, mas como um país onde o número de idosos duplicará em 20 anos e as Políticas Públicas deverão estar atentas às necessidades deste contingente populacional.

Os domínios avaliados apresentaram impacto subjetivo significativo através da percepção dos idosos de analisarem sua qualidade de vida de um maneira positiva, obtendo escores acima de 50% nos níveis de percepção do estado

geral de saúde. As medidas de avaliação da qualidade de vida na velhice através do SF-36, não são capazes de dizer exatamente, para o profissional de saúde o que fazer; entretanto, são capazes de demonstrar se os idosos conseguem executar determinadas atividades que normalmente fazem e como se sentem quando as estão praticando. As aplicações repetidas desses instrumentos no decorrer de um período, podem definir a melhora ou a piora do paciente em diferentes aspectos físicos como emocionais, tornando-se importantes para a avaliação de determinadas intervenções, como atividades promotoras de melhoria da qualidade de vida de idosos da comunidade.

Para que tal processo de avaliação da qualidade de vida na velhice se torne visível e seja aplicável na realidade, é preciso a conscientização de toda uma sociedade em favor de um paradigma holístico, que entenda o homem de uma maneira integral nos aspectos biopsicossociais com fatores ambientais e contextuais favoráveis ao seu bem-estar geral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALTES, M.M. *et al.* "Everyday competence in old and very old age: An interdisciplinary perspective". *Aging and society*, v.13, p.657-680, 1997.

BRITO, F. C., LITVOC, J. *Envelhecimento, prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *PROMOÇÃO DA SAÚDE. Declaração da Alma Ata, Carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Jacarta e Declaração do México*. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*, Lei no.8.842/94; Portaria 2.528 de 19 de outubro de 2006, p20-24, Brasília-DF.

CREPEAU, E. B. e COHN, E. S., *Terapia ocupacional*. 11. ed. Guanabara, 2011.

CICONELLI, Rozana Mesquita *et al.* 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, n. 3, p. 143-50, maio/jun., 1999.

CAMARANO, Ana Amélia *et al.* *Idosos brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas*. Brasília: Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos, 2002.

_____. Ana Amélia. mulher e idosa: suporte familiar ou agente de mudança? *Revista de Estudos avançados*, USP, 2003.

FLÓ, C. M. e PERRACINI, M. R., *Funcionalidade e envelhecimento*. Ed. Guanabara, 2011.

HASHIZUMI, Milena M.; *et al.* *Dança pra terceira idade*. 2004. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia. *Censo Demográfico da População Brasileira*, 2000.

LAWTON, The concept and measurement of quality of life in the frail elderly. San Diego, Academic Press, 1991.

LEE, Y. *Envelhecimento, prevenção e promoção da saúde*, São Paulo: Atheneu, 2004.

LEAL, Indara Jubin; HAAS, Aline Nogueira. *O Significado da Dança na terceira idade*, 2006.

LEAVELL, H & CLARK, E. G. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p 7-18, jan., 2000.

MARTINEZ, M. C. *As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador*. São Paulo, 2002. (Dissertação) Mestrado, Programa de Pós-Graduação do Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

NANNI, Dionizia. *Dança educação: pré-escola à Universidade*, 2. ed. Rio de Janeiro, Sprint, 1995.

MCAULEY, E. RUDOLPH, D. *Physicol Activit*, v. 3, p. 67-96, 1995.

NERI, A. L. *Qualidade de vida e idade madura*. [s.l.]: Ed. Papirus, 2007.

OKUMA, S. S. O significado da atividade física para o idoso: um estudo fenomenológico. Tese (Doutorado). Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo: USP, 1998, 38 1p.

OMS, Organização Mundial de Saúde. *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*; Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a Família das Classificações Internacionais. Organização e coordenação da tradução de Cássia M. Buchalla. São Paulo: EDUSP, 2002.

PASCHOAL, S. M. P. *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um Instrumento privilegia sua opinião*. São Paulo, 2000, 263. Dissertação (Mestrado na Área de Geriatria), Faculdade de Medicina, Universidade São Paulo, São Paulo, 2000.

PAPALÉO, N. M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 1996.

- PICKLES, Barrie *et al*, *Fisioterapia na terceira Idade*. São Paulo, editora Santos, 2000.
- REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. da S. *Fisioterapia Geriátrica: a prática da assistência ao idoso*. Barueri, SP: Manole, 2004.
- REZENDE, Mônica de; CALDAS, Célia Pereira. *A Dança de Salão Promoção da Saúde do Idoso*, 2003.
- ROGOFF, B. A natureza cultural do desenvolvimento humano. São Paulo, [s.n.], 2000.
- ROWE, J., & KAHN, R. Successful aging. *The Gerontologist*, v. 37, n. 4, p. 433-440, 1997.
- SALLES, R. F. N., *Tratado de medicina de urgência do idoso*, Ed. Atheneu, 2010.
- SALSA Collaborative Study Group, EBENSO J, FUZIKAWA P, Melchior H, WEXLER R, Piefer A, *et al*. The development of a short questionnaire for screening of activity limitation and safety awareness (SALSA) in clients affected by leprosy or diabetes. *Disabil Rehabil*, v. 29, n. 9, p. 689-700, 2007.
- SALVADOR Marlene. A Importância da atividade física na terceira idade: uma análise da dança enquanto atividade física, 2004.
- SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar./abr., 2004.
- SCHMITZ T. e O'SULLIVAN S. B., *Fisioterapia avaliação e tratamento*, 5. ed., 2010.
- UNGER, J. B., *et al*. Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly

persons: MacArthur Studies of Successful Aging. *Journal of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 54(5), S245-251, 1999.

VERAS, Renato P. *Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição*. Rio de Janeiro; relume- Dumara, 2000.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION), *A Manual of dimensions of disablement and functioning*, Genebra, 2001.