

EMESCAM - BIBLIOTECA

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA-EMESCAM

ALESSANDRA APARECIDA STEIN
VÂNIA SOARES DE OLIVEIRA

CORRELAÇÃO ENTRE FUNÇÃO FÍSICA E
QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS ASILADOS E
DE CONVÍVIO FAMILIAR

VITÓRIA
2005

ALESSANDRA APARECIDA STEIN
VÂNIA SOARES DE OLIVEIRA

CORRELAÇÃO ENTRE FUNÇÃO E QUALIDADE
DE VIDA EM IDOSOS ASILADOS E DE CONVÍVIO
FAMILIAR

Monografia apresentada ao curso de graduação em fisioterapia da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Eunice da E. Garcia da Silva e Souza

Co-orientador: Pitiguara Freitas Coelho

VITÓRIA
2005

ALESSANDRA APARECIDA STEIN
VÂNIA SOARES DE OLIVEIRA

CORRELAÇÃO ENTRE FUNÇÃO FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA
EM IDOSOS ASILADOS E DE CONVÍVIO FAMILIAR

COMISSÃO EXAMINADORA

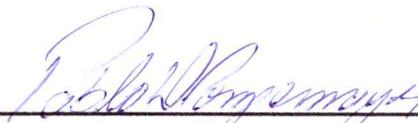
Orientador

Prof. Eunice Garcia da Silva e Souza



Co-orientador

Prof. Pitiguara Freitas Coelho



Pablo Pompermayer

Vitória, Dezembro de 2005.

AGRADECIMENTOS

A Deus que nos deu força e nos iluminou a todo o momento;

Aos nossos pais que mesmo distantes estavam do nosso lado;

A nossa orientadora Dr^a Eunice pelo incentivo, apoio e pelo carinho que nos acolheu;

Ao nosso Co-orientador Pitiguara pela GRANDE FORÇA, paciência e boa vontade demonstrada a todo tempo;

Ao Dr^o Renato Morelatto, pela ajuda.

Ao Diego que nos tolerou nas horas dos desesperos, ajudando sempre que possível, nosso muito obrigado!

Aos pacientes, seres de extrema importância para o saber.

A todos que de alguma forma contribuíram para realização deste trabalho.

RESUMO

Introdução: A longevidade cada vez maior de ser humano acarreta uma situação ambígua: o desejo de viver cada vez mais e, ao mesmo tempo, o temor de viver em meio à incapacidade e à dependência, vivenciadas por muitas pessoas, mesmo pelas ainda não-idosas. De fato, o avanço da idade aumenta a chance de ocorrência de doenças e prejuízos à função física, psíquica e social. Mais anos vividos podem ser anos de sofrimento para os indivíduos e suas famílias; anos marcados por doenças, com seqüelas, declínio funcional, aumento da dependência, perda da autonomia, isolamento social e depressão. No entanto, se os indivíduos envelhecerem com autonomia e independência, com boa saúde física, desempenhando papéis sociais, permanecendo ativos e desfrutando de senso de significado pessoal, terão uma melhor qualidade de vida.

Objetivos: Correlacionar função física e qualidade de vida em idosos asilados e de idosos que possuem convívio familiar.

Materiais e Métodos: Foram incluídos 20 idosos asilados (grupo A) e 20 idosos que possuíam convívio familiar (grupo B). A mensuração da qualidade de vida foi realizada pelo SF-36 e função pelos testes funcionais Timed-Up-Go e o teste Sit to stand. A análise estatística foi realizada utilizando o teste qui-quadrado e o teste t de Student para comparação entre os grupos e o coeficiente de correlação de Pearson para os testes funcionais e qualidade de vida. O Pacote estatístico SPSS – Social Package Statistical Science – foi utilizado nesta análise e a significância dos testes foi de $\alpha = 0,05$ ($p < 0,05$).

Resultados: Não houve diferenças entre os grupos para qualidade de vida. Os testes funcionais foram significativamente melhores no grupo B Timed-Up-Go (12 ± 2 vs 19 ± 4) ($p < 0,001$) e o Sit to stand (21 ± 4 vs 15 ± 3) ($p < 0,001$). Houve correlação negativa entre os domínios do SF-36 com o Timed-Up-Go no grupo B, porem com significância apenas entre aspectos físicos. O Sit to stand correlacionou significativamente no grupo B com capacidade funcional,

aspectos físicos, dor e aspectos emocionais, enquanto o grupo A apenas estado geral de saúde e aspectos sociais foi correlacionado significativamente.

Conclusão: Apesar da qualidade de vida entre os grupos serem semelhantes, verificou-se que os idosos em convívio familiar apresentam melhores testes funcionais do que os asilados.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Gráfico referente à distribuição dos idosos segundo o sexo.....	20
Gráfico 2 - Gráfico referente à distribuição dos idosos segundo a faixa etária.....	21
Gráfico 3 – Gráfico referente ao Timed “UP GO” Teste nos idosos.....	24
Gráfico 4 – Gráfico referente ao teste Sit to stand nos idosos.....	24
Gráfico 5 - Correlação do teste Timed “Up Go” com o domínio Aspecto Físico.....	25
Gráfico 6- Correlação do teste Sit to Stand com o domínio capacidade funcional.....	26
Gráfico 7- Correlação entre os testes Stand “UP GO” e Sit to Stand nos idosos.....	28

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Tabela referente à distribuição dos idosos segundo o sexo.....	20
Tabela 2 – Tabela referente à distribuição dos idosos segundo a faixa etária..	21
Tabela 3 – Tabela referente ao questionário SF-36.....	22
Tabela 4 – Tabela referente aos testes Timed “UP GO” e Sit to stand.....	23
Tabela 5 – Tabela referente à correlação do Timed “UP GO” com o SF-36.....	25
Tabela 6 – Tabela referente à correlação do Sit to stand com o SF-36.....	26
Tabela 7 – Tabela referente à correlação do Sit to stand com o Timed “UP GO”	27

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
1.1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	9
1.1.1 População idosa.....	9
1.1.2 Definição de qualidade de vida.....	11
1.1.2.1 O que é qualidade de vida na velhice.....	12
1.1.3 A independência Funcional.....	13
1.2 JUSTIFICATIVA.....	14
2. OBJETIVO.....	16
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	16
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	17
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	17
3.2 LOCAL.....	17
3.3 PARTICIPANTES.....	17
3.3.1 Critérios de inclusão.....	17
3.3.2 Critérios de exclusão.....	17
3.3.3 Amostragem.....	18
3.3.4 Consentimento.....	18
3.4 DESFECHO CLÍNICO.....	18
3.5 MÉTODO ESTATÍSTICO.....	19
3.5.1 Análise estatística.....	19
4. RESULTADOS.....	20
5. DISCUSSÃO.....	28

6. CONCLUSÃO.....	30
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
ANEXO A.....	33
ANEXO B.....	34

1 INTRODUÇÃO

1.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.1.1 População idosa

Na segunda metade do século XX, o mundo foi surpreendido por um fenômeno: as populações de praticamente todos os países, desenvolvidos e ou em desenvolvimento, Brasil incluso, passou por um processo no qual a proporção de idosos (indivíduos acima de 60 anos de idade) aumentou progressivamente, atingindo em alguns países 20 a 22%, da população total o que alterou profundamente a estrutura etária dessas populações (PASCHOAL, 1996).

Para SILVESTRE et al (1996) no Brasil, até 1960, todos os grupos etários cresciam de modo semelhante ao crescimento da população total, de forma que a estrutura etária não sofria grandes modificações. A partir da década de 60, o grupo de idosos cresceu, proporcionalmente, oito vezes mais que os jovens (18 a 30) e duas vezes mais que a população total.

O censo brasileiro de 2000 mostrou que os idosos constituíam, 9% da população, com 15 milhões de habitantes de 60 anos de idade ou mais. As projeções do censo mostram que em 2025 o Brasil ocupará a sexta posição de população idosa em números absolutos (32 milhões), perfazendo 15% da população. O processo de envelhecimento populacional tem se mostrado superior ao processo dos países desenvolvidos, como por exemplo, EUA e Holanda. (CAMARANO et al, 1997)

O envelhecimento populacional é fruto, principalmente, de diminuições importantes dos coeficientes de mortalidade que regula as taxas de fecundidade e natalidade. A queda da mortalidade em todas as faixas etárias levou, inicialmente, ao aumento da expectativa de vida ao nascer e, a seguir, ao aumento da expectativa de vida aos 60 anos (sobrevida). Isto foi secundado

pela queda da fecundidade e natalidade, ocasionando o aumento da proporção de indivíduos idosos. Essa situação, conhecida como “transição demográfica”, é acompanhada por mudanças da morbi-mortalidade, com queda de doenças infecciosas e aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas elevando o número de pessoas incapacitadas, dependentes de cuidados de longa duração, um processo denominado “transição epidemiológica” (FRIES, 1980; KALACHE et al., 1987).

À medida que a idade avança existe uma progressiva perda de recursos físicos, mentais e sociais, a qual tendem a despertar sentimento de desamparo.

A velhice parece deixar os indivíduos impotentes, indefesos, fragilizados para tomar suas próprias decisões, para enfrentar seus problemas, o cotidiano, não só diante dos familiares, mas também da sociedade como um todo. Sendo assim, o idoso tem sido visto como uma pessoa improdutiva, ultrapassada, e pouco se tem feito para recuperar sua identidade e elevar sua auto-estima. Além disso, nem sempre é amparado pelos familiares e, muitas vezes, são obrigados a morar em asilos ou albergues, forçados a viverem isolados, na solidão, longe de parentes e amigos (DAVIM, R. et al, 2004).

“A expectativa de vida aumenta em todo o mundo. Qual a qualidade dessa sobrevivência? Como manter os vigos físicos, intelectuais, emocionais e sociais dessa população? A maioria dos indivíduos deseja viver cada vez mais, porém a experiência do envelhecimento leva à angústia e decepções. Como favorecer uma sobrevida mais longa, com uma qualidade de vida cada vez melhor?” (PASCHOAL, 2000).

Assim, viver cada vez mais tem implicações importantes para a qualidade de vida; caso o paciente apresente um *worst case scenario*, a longevidade pode ser um problema, com conseqüências sérias nas diferentes dimensões da vida humana, física, psíquica e social. Esses anos vividos a mais podem ser anos de sofrimento para os indivíduos e suas famílias; anos marcados por doenças, com seqüelas, declínio funcional, aumento da dependência, perda da autonomia, isolamento social e depressão. No entanto, se os indivíduos envelhecerem com autonomia e independência, com boa saúde física,

desempenhando papéis sociais, permanecendo ativos e desfrutando de senso de significado pessoal, terão uma melhor qualidade de vida (PASCHOAL, 2000).

1.1.2 Definição de qualidade de vida

A natureza abstrata do termo qualidade de vida explica por que boa qualidade tem significados diferente, para diferentes pessoas, em lugares e ocasiões diferentes. É por isso que há inúmeras conceituações de qualidade de vida; talvez cada indivíduo tenha o seu próprio conceito. Assim, qualidade de vida é um conceito que está submetido a múltiplos pontos de vista e que tem variado de época para época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social e, até mesmo, de indivíduo para indivíduo. Mais que isso, varia para um mesmo indivíduo, conforme o decorrer do tempo e como função de estados emocionais e da ocorrência de eventos cotidianos, sócio-históricos e ecológicos (PASCHOAL, 2000).

“Qualidade de Vida é o quanto vale a pena a vida de uma pessoa, para a própria pessoa” (BAYLES, 1980).

“Qualidade de Vida é o grau de satisfação ou insatisfação, sentido pela pessoa, com vários aspectos de sua vida” (FARQUHAR, 1995).

“Qualidade de Vida é a sensação de bem-estar de uma pessoa, sua satisfação ou insatisfação com a vida, ou sua felicidade ou infelicidade” (GUYATT, 1987).

“Qualidade de vida é a resposta emocional do indivíduo à sua situação, de acordo com algum padrão ético sobre como viver a boa vida” (KANE, 1987).

Qualidade de Vida é a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e os sistemas de valores nos quais vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (THE WHOQQL GROUP, 1995).

O fenômeno qualidade de vida tem múltiplas dimensões, como, por exemplo, a física, a psicológica e social cada uma comportando vários aspectos. Entre

eles, a saúde percebida e a capacidade funcional são variáveis importantes que devem ser avaliadas, assim como o bem estar subjetivo, indicado por satisfação (PASCHOAL, 2000).

1.1.2.1 O que é Qualidade de vida na velhice

LAWTON (1983) construiu um modelo de qualidade de vida na velhice em que a multiplicidade dos aspectos e influências inerentes ao fenômeno é representada em quatro dimensões inter-relacionadas. A primeira, condições ambientais, diz respeito ao contexto físico, ecológico e ao construído pelo homem, para a competência adaptativa (emocional, cognitiva e comportamental). Ou seja, o ambiente deve oferecer condições adequadas à vida das pessoas. A segunda, competência comportamental, traduz o desempenho dos indivíduos frente às diferentes situações de sua vida e, portanto, depende do potencial de cada um, de suas experiências e condições de vida, dos valores agregados durante o curso da vida e do desenvolvimento pessoal, que, por sua vez, é influenciado pelo contexto histórico-cultural. A terceira, qualidade de vida percebida, reflete avaliação da própria vida, influenciada pelos valores que o indivíduo foi agregando e pelas expectativas pessoais e sociais. Igualmente, a pessoa avalia as condições de seu ambiente, físico e social, e a eficácia de suas ações nesse ambiente. A quarta, bem-estar sujeito, significa satisfação com a própria vida, satisfação global e satisfação específica em relação a determinados aspectos da vida: refletem as relações entre condições objetivas (ambientais), competência adaptativa e percepção da própria qualidade de vida, as três dimensões precedentes. É mediada pelos antecedentes pessoais (históricos, genéticos e sócio-econômico-culturais e físico), pela estrutura de traços de personalidade e pelos seus mecanismos de auto-regulação (senso de significado pessoal, sentido da vida, religiosidade/transcendência, senso de controle, senso de eficácia pessoal e adaptabilidade).

Em estudos empíricos existem associações entre a qualidade de vida percebida, o bem-estar subjetivo e mecanismo da personalidade, como, por exemplo, o senso de controle, o senso de eficácia pessoal, o senso de significado e as estratégias de enfrentamento. Elas têm fortes relações com a competência adaptativa que se expressa em competência emocional (capacidade de lidar com fatores estressantes), em competência cognitiva (capacidade de resoluções de problemas) e em competência comportamental (desempenho e competência social). Em conjunto, essas competências se refletem no exercício de papéis sociais, na manutenção de atividades sociais, nas relações sociais e no ajustamento pessoal, e têm importante relação com a saúde física e mental (NÉRI, 2001b).

1.1.3 A Independência Funcional

Refere-se à capacidade do indivíduo de realizar uma tarefa motora com os próprios meios. Está ligada à mobilidade e à capacidade funcional, permitindo, dessa forma, que o indivíduo viva, sem requerer ajuda para a execução das atividades básicas e instrumentais de vida diária. A independência necessita de condições motoras e cognitivas satisfatória para o desempenho dessas tarefas (PEREIRA et al., 1999).

Embora não sejam condições imprescindíveis para a autonomia, compreendida como capacidade de tomar decisões, a independência físico-funcional guarda forte relação com a possibilidade de auto governo dos idosos. Essa relação depende, em parte, dos processos subjetivos que respondem pela motivação, pelo envolvimento e pelas crenças de controle e de auto-eficácia dos idosos, afetando a sua adaptação. Depende também das atitudes dos familiares, dos profissionais e da sociedade em geral em relação ao idoso fisicamente incapacitado, que tende a ser visto como completamente incapaz de ajudar-se e de tomar decisões, mesmo que o deseje e que não seja portador de nenhum déficit cognitivo (PEREIRA et al., 1999).

A modalidade e o deslocamento no ambiente são elementos essenciais para que os indivíduos realizem, com independência, suas atividades diárias. Além de restringir a independência física funcional e de afetar indiretamente a autonomia, a restrição da mobilidade do paciente diminui o seu convívio social, interfere na auto-estima e no senso de bem-estar, podendo ocasionar o desenvolvimento de processos depressivos e, em muitos casos, até mesmo a institucionalização (PEREIRA et al., 1999).

As conseqüências que o envelhecimento acarreta para o controle motor fazem com que os idosos adotem uma série de mecanismos compensatórios para manutenção de uma deambulação funcional. O alargamento da base de apoio, a diminuição do comprimento e da altura do passo, a diminuição da velocidade do impulso, da rotação da cintura pélvica e da escapular e a redução do sincronismo dos membros são mecanismos compensatórios presentes na marcha senescente (PEREIRA et al., 1999).

O movimento é crucial para garantir a realização das necessidades básicas diárias envolvidas na manutenção da qualidade de vida. A manutenção da modalidade e o deslocamento do indivíduo pelo ambiente, são essenciais para a realização das atividades funcionais, e, contrariamente, a restrição do paciente no leito, além da dependência e suas complicações, diminui sua autonomia, seu convívio social, interferindo na sua auto-estima, satisfação e sensação de bem-estar, podendo, eventualmente, desenvolver processos depressivos (PEREIRA et al., 1999).

1.2 JUSTIFICATIVA

Com o crescimento mundial da população idosa, a preocupação em relação à capacidade funcional e a qualidade de vida vem surgindo como destaque para a estimativa da saúde desse segmento etário. Outro aspecto encontrado é o aumento das doenças crônicas nesse campo de indivíduos, levando ao aumento nos custos assistenciais de saúde. Sendo assim, a identificação precoce de incapacidades funcionais e a relação com a qualidade de vida e

suas repercussões, em grupos de idosos em ambientes diferentes, vem sendo necessário a fim de diminuir o impacto no processo de envelhecimento. Tais motivos despertaram os interesses deste estudo.

2. OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Correlacionar função física e qualidade de vida em idosos asilados e em idosos de convívio familiar.

2.2 OBJETIVO ESPECIFICO

- 1) Avaliar a função física dos idosos asilados e dos idosos de convívio familiar.
- 2) Investigar a qualidade de vida dos idosos asilados e dos idosos de convívio familiar.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Descritivo Transversal

3.2 LOCAL

A pesquisa foi realizada no Asilo dos Velhos localizado na Rua Anselmo Cerrat, 250 – Ilha Monte Belo/Vitória-ES, no Avedalma – Abrigo à Velhice Desamparada Auta Loureiro Machado localizado na Rua João Rodrigues Filho, 425 Sede Cariacica / ES, e no Ambulatório de Geriatria da Santa Casa de Misericórdia de Vitória / Vitória-ES.

3.3 PARTICIPANTES

3.3.1 Critérios de inclusão

- Idosos de ambos os sexos,
- Idade de 60 a 80 anos,
- Idosos asilados e de convívio familiar,
- Idosos lúcidos e orientados.

3.3.2 Critérios de exclusão

- Idosos que estejam acamados;
- Idosos que possuam incapacidades de deambular;
- Idosos que possuem distúrbios comportamentais.

3.3.3 Amostragem

A amostra incluiu 40 idosos de ambos os sexos, sendo 20 idosos asilados e 20 de convívio familiar.

3.3.4 Consentimento Livre e esclarecimento

Todos os Idosos foram informados textualmente sobre a participação no projeto e deram o seu consentimento por escrito (ANEXO A).

3.4 DESFECHO CLÍNICO

Foram estudados: a qualidade de vida, a mobilidade, equilíbrio, força e potência muscular através do SF-36 (Short Form Health Survey) (CICONELLI, et al 1999), do Timed "Up e Go" Test (PODSIADLO E RICHARDSON, 1991) e Sit to stand (CSUKA E MCCARTY, 1985).

O Short Form Health Survey (Anexo B), é um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta um escore final de 0 a 100, no qual zero corresponde o pior estado geral de saúde e cem o melhor estado geral de saúde. Pode ser sintetizado em dois componentes, mental e físico, calculados a partir dos oito domínios citados acima. Retrata uma avaliação genérica da saúde por ser bem desenhado e cujas propriedades de medida, como reprodutibilidade, suscetibilidade a alterações e validade já foram bem demonstrada.

Timed "Up e Go" Test, permitem avaliar equilíbrio sentado, transferência da posição sentada para a posição em pé, estabilidade na deambulação e mudanças do curso da marcha sem utilizar mecanismos compensatórios. O paciente é observado enquanto levanta da cadeira (altura 43 cm, largura 46cm,

sem braço de apoio), caminha três metros, retorna a cadeira e senta novamente. O instrumento de medida utilizado é o tempo, em segundos, para completar o teste. Quanto menor o tempo gasto para executar a tarefa, melhor o índice de mobilidade do indivíduo (PODSIADLO et al, 19991).

O Sit to stand, índice de mobilidade é um teste para verificar potência e força muscular. O paciente é observado enquanto fica levantando e sentando da cadeira durante um minuto, marcando-se quantas vezes realizassem esse movimento (CSUKA E MCCARTY, 1985).

Esse questionário e os testes foram aplicados pelas alunas em uma única vez, avaliando a qualidade de vida e função em Idosos asilados e de convívio familiar.

3.5 MÉTODO ESTATÍSTICO

3.5.1 Análise estatística

Foi realizada utilizando o teste qui-quadrado e o teste t de Student para comparação entre os grupos e o coeficiente de correlação de Pearson para os testes funcionais e qualidade de vida. O Pacote estatístico SPSS – Social Package Statistical Science – foi utilizado nesta análise e a significância dos testes foi de $\alpha = 0,05$ ($p < 0,05$).

4. RESULTADOS

Participaram do estudo, 40 idosos, subdividindo em dois grupos (asilados e de convívio familiar), para avaliar qualidade de vida, mobilidade, equilíbrio, força e potência muscular.

Tabela 1. Distribuição dos idosos segundo o sexo.

Sexo	Convívio familiar		Asilados		Geral	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Feminino	16	53,3	14	46,7	30	75,0
Masculino	4	40,0	6	60,0	10	25,0
Total	20	50,0	20	50,0	40	100,0

O teste qui-quadrado não mostrou diferença estatística na distribuição segundo o sexo ($p=0,465$)

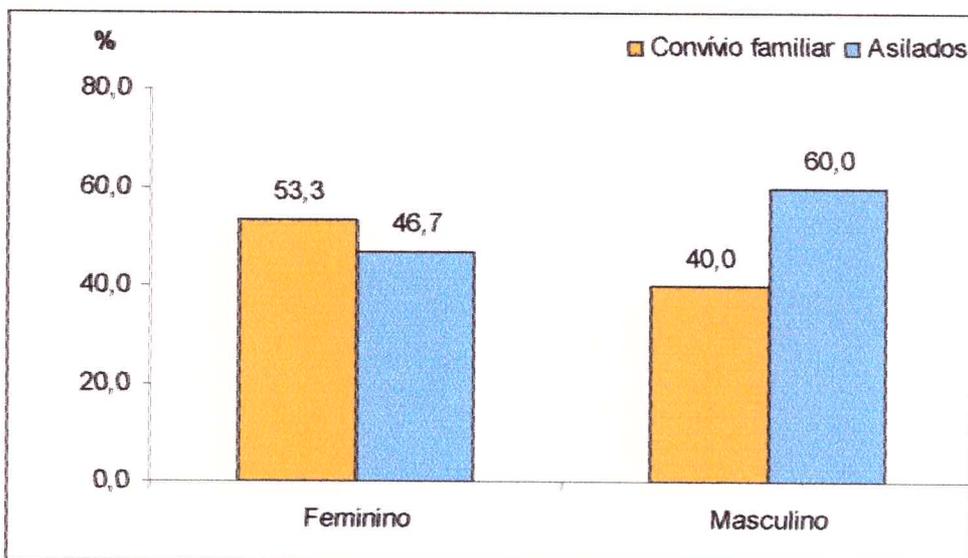


Gráfico 1. Distribuição dos idosos segundo o sexo.

Tabela 2. Distribuição dos idosos segundo a faixa etária.

Faixa etária	Convívio familiar		Asilados		Geral	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Até 69 anos	10	55,6	8	44,4	18	45,0
70 – 79 anos	7	58,4	5	41,6	12	30,0
80 anos e mais	3	30,0	7	70,0	10	25,0
Total	20	50,0	20	50,0	40	100,0

O teste qui-quadrado não mostrou diferença estatística na distribuição segundo a faixa etária ($p=0,340$)

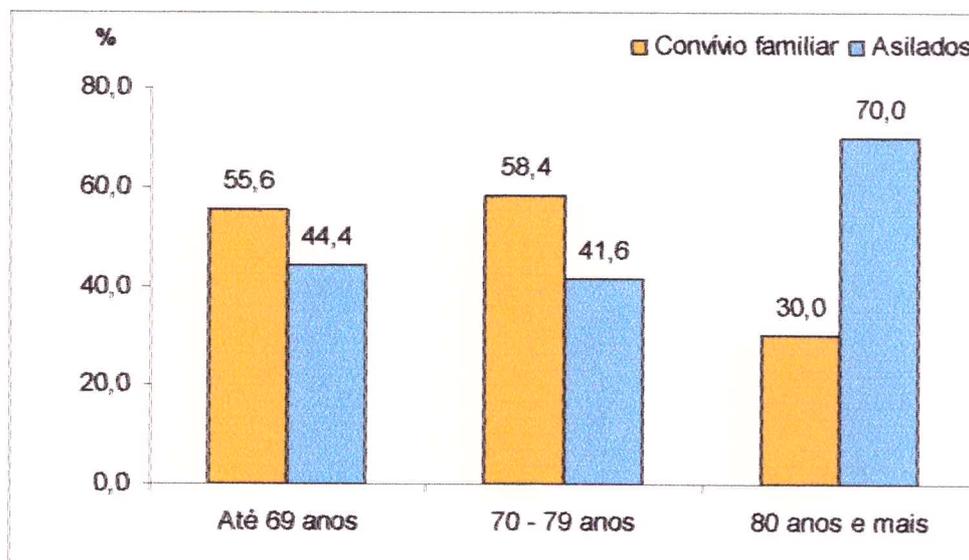


Gráfico 2. Distribuição dos idosos segundo a faixa etária.

Tabela 3. Estado funcional dos Idosos segundo SF-36 (Qualidade de vida).

Domínio	Convívio familiar		Asilados		Geral	
	Med±DP	P25-P75	Med±DP	P25-P75	Med±DP	P25-P75
Capacidade funcional	77±22	70-90	66±31	46-94	71±27	60-90
Aspectos físicos	69±32	50-100	69±39	50-100	69±35	50-100
Dor	59±26	41-81	48±35	15-81	53±31	32-81
Estado Geral de Saúde	53±9	46-57	52±10	47-60	53±9	47-59
Vitalidade	63±21	43-79	72±21	60-90	67±22	50-85
Aspectos sociais	77±30	63-100	78±35	75-100	77±32	63-100
Aspectos emocionais	56±41	6-100	62±49	0-100	59±44	0-100
Saúde mental	65±20	52-82	71±26	53-96	68±23	52-92

Em relação à qualidade de vida não houve significância estatística entre os grupos asilados e de convívio familiar, mas todos os domínios se mostraram acima da média.

Tabela 4. Correlação dos testes Timed "Up Go" e Sit to stand.

Testes	Convívio familiar		Asilados		Geral	
	Med±DP	P25-P75	Med±DP	P25-P75	Med±DP	P25-P75
Timed "Up GO" (seg.)	12±2	10-13	19±4	16-21	15±5	11-20
Sit to stand / (1 min.)	21±4	18-23	15±3	13-16	18±5	14-21

O teste t de student mostrou diferença estatística entre os grupos e os testes: Timed "Up Go" ($p < 0,001$) e Sit to stand ($p < 0,001$). Sendo que os idosos de convívio familiar apresentaram redução na média de tempo gasto, na realização dos testes.

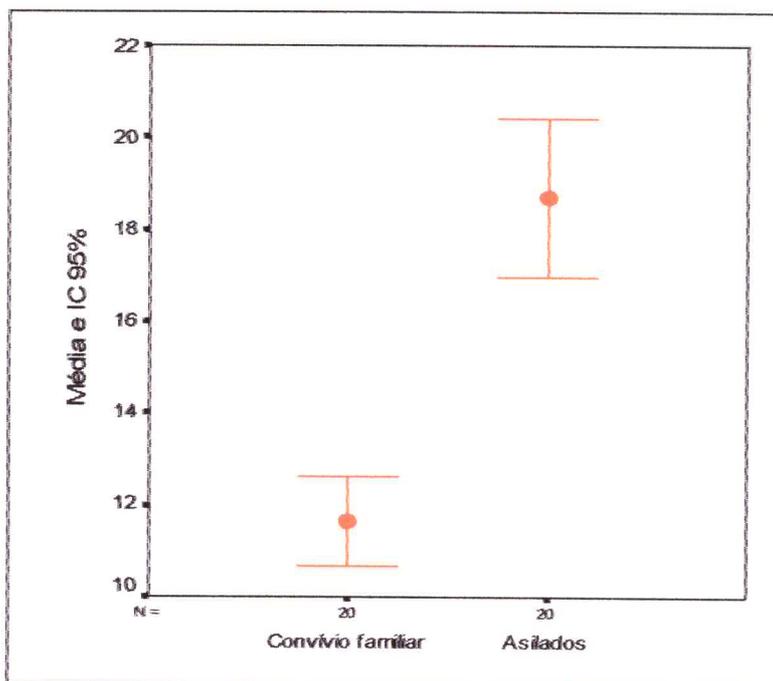


Gráfico 3. Testes funcionais: Timed "Up Go".

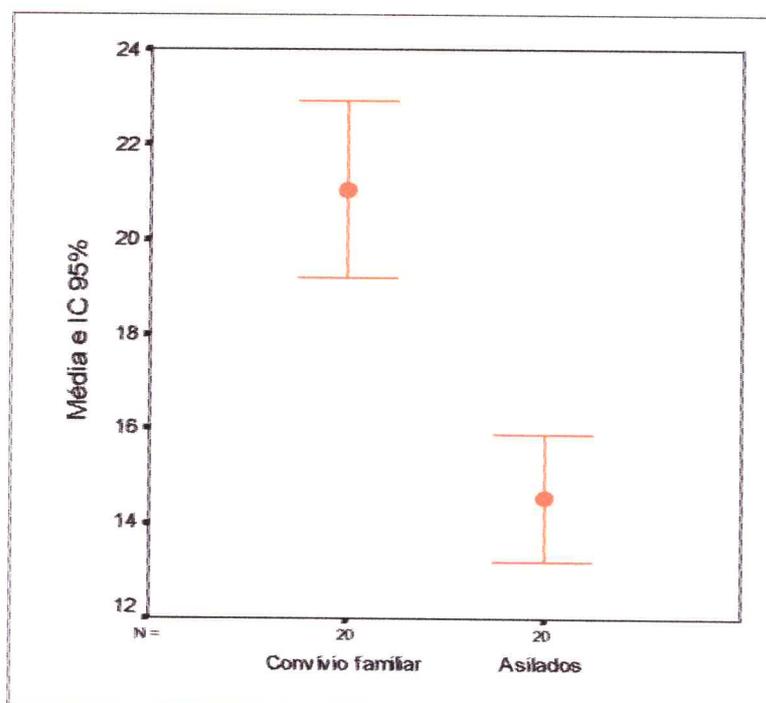


Gráfico 4. Teste Funcional Sit to Stand

Tabela 5. Coeficiente de correlação de Pearson do teste Timed "Up Go" com SF-36.

Domínio	Convívio familiar		Asilados	
	Coefficiente	p-valor	Coefficiente	p-valor
Capacidade funcional	-0,219	0,354	0,002	0,993
Aspectos físicos	-0,478	< 0,05	0,064	0,787
Dor	-0,255	0,279	0,127	0,594
Estado Geral de Saúde	-0,298	0,201	-0,313	0,179
Vitalidade	-0,308	0,186	0,149	0,531
Aspectos sociais	-0,040	0,866	0,247	0,294
Aspectos emocionais	-0,391	0,088	0,271	0,248
Saúde mental	-0,066	0,781	0,202	0,392

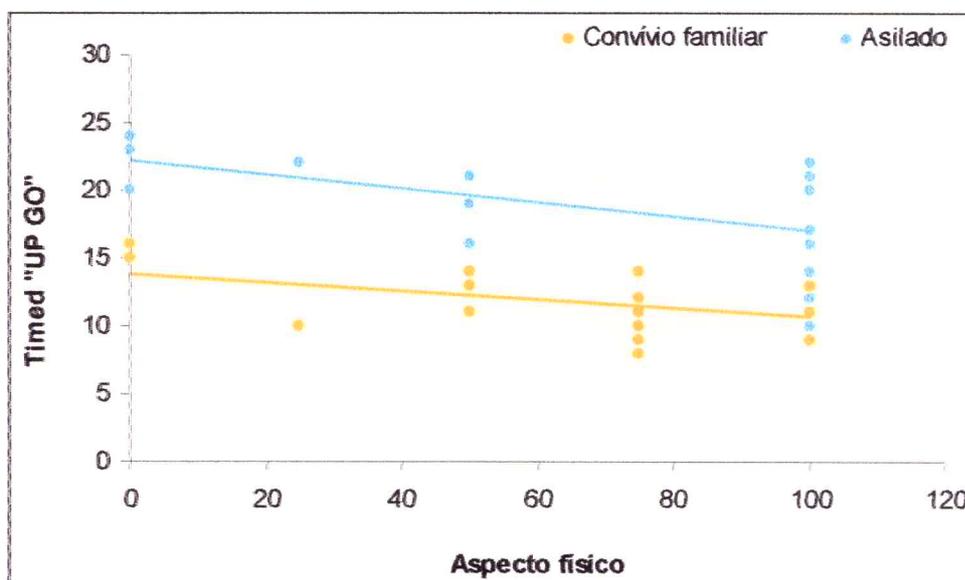


Gráfico 5. Correlação do teste Timed "Up Go" com o domínio Aspecto Físico

Tabela 6. Coeficiente de correlação de Pearson do teste Sit to stand e SF-36.

Domínio	Convívio familiar		Asilados	
	Coefficiente	p-valor	Coefficiente	p-valor
Capacidade funcional	-0,532	< 0,05	0,511	< 0,05
Aspectos físicos	-0,534	< 0,05	0,382	0,097
Dor	-0,484	< 0,05	0,236	0,316
Estado Geral de Saúde	-0,220	0,352	-0,084	0,724
Vitalidade	-0,423	0,063	0,388	0,091
Aspectos sociais	-0,382	0,096	-0,016	0,948
Aspectos emocionais	-0,513	< 0,05	0,293	0,210
Saúde mental	-0,222	0,348	0,261	0,265

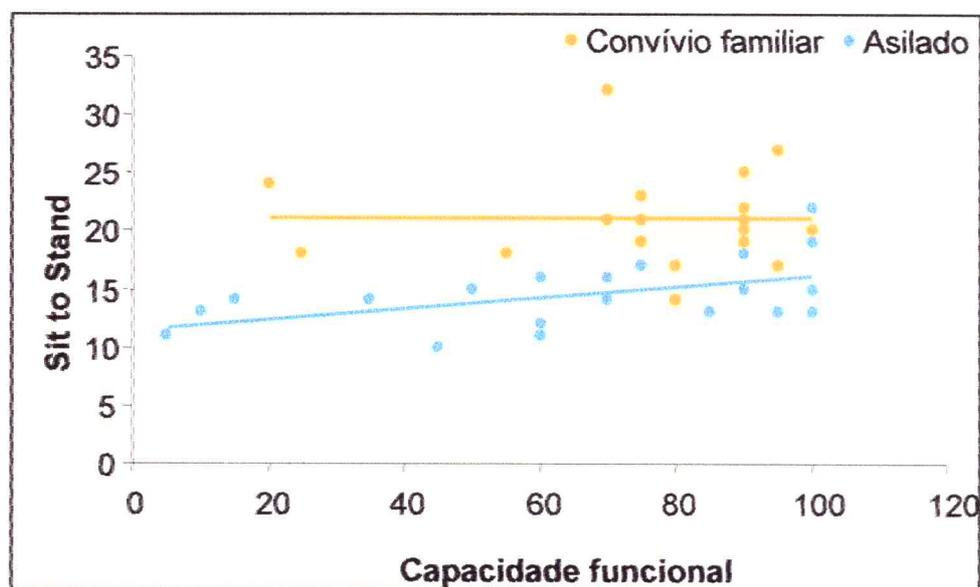


Gráfico 6. Correlação do teste Sit to Stand com o domínio capacidade funcional.

Tabela 7. Coeficiente de correlação de Pearson do teste Timed "Up Go" e o teste Sit to stand.

Correlação	Convívio familiar		Asilados	
	Coeficient		Coeficient	
	e	p-valor	e	p-valor
	0,217	0,359	-0,597	< 0,01

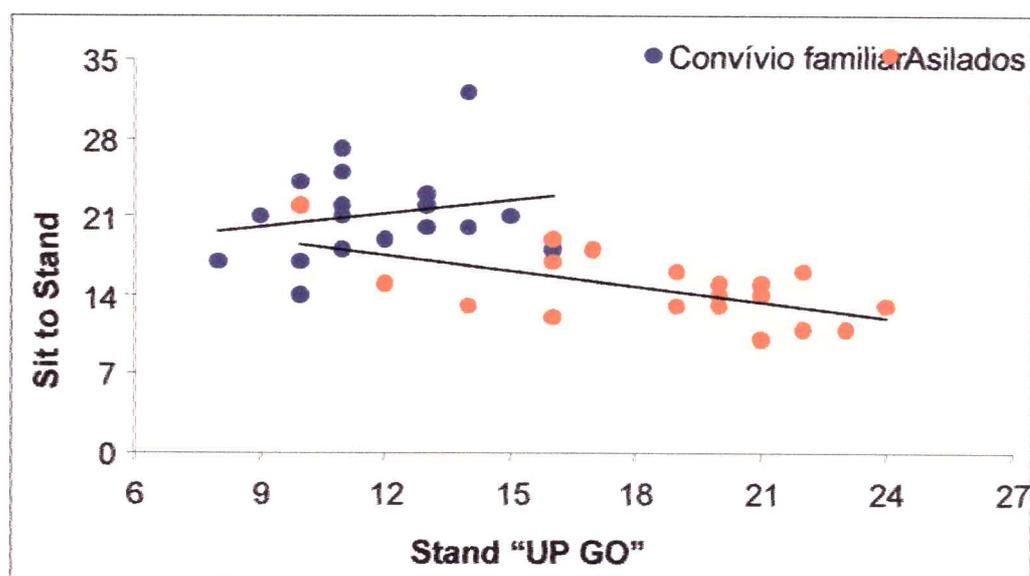


Gráfico 7. Corelação entre os testes Stand "UP GO" e Sit to Stand nos idosos.

Houve significância ($p < 0,05$), apenas nos idosos asilados na comparação dos testes.

5 DISCUSSÃO

Em um contexto de importantes desigualdades regionais e sociais, os idosos não encontram amparo adequado na sociedade e no sistema de saúde, acumulam seqüelas, desenvolvem incapacidades e perdem autonomia e qualidade de vida.

Analisando os resultados obtidos no presente estudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida entre pacientes asilados e de convívio familiar. Esses resultados podem ser justificados levando em consideração que os asilos avaliados apresentavam boa condição de assistência.

A mobilidade foi avaliada através da interpretação do Timed "Up Go", sendo que os idosos de convívio familiar apresentaram redução na média de tempo gasto, na realização dos testes. Segundo o autor (BLAIR APUD OKUMA, 1997) o idoso, para se manter funcionalmente independente, precisa de força muscular, resistência muscular, flexibilidade e equilíbrio para realizar atividades diárias, como subir escadas, carregar compras, arrumar a casa, segurar os netos, vestir-se e entre outros. Acreditamos que tais fatores possam ter contribuído para os resultados encontrados, já que os idosos de convívio familiar são mais independentes.

A potência e a força muscular foram avaliadas através da interpretação do Sit to Stand, sendo que os idosos de convívio familiar obtiveram um resultado melhor. De acordo com os autores Pereira et al (1999) os idosos apresentam algumas peculiaridades, quando se trata de gerar forças máximas rapidamente. As alterações neste aspecto estão ligadas ao envelhecimento muscular, com a diminuição do nº de fibras de contração rápida (tipo II) e a manutenção das fibras de contração lenta (tipo I). Sabe-se que o exercício físico pode retardar tais alterações. Entretanto, já que os idosos de convívio familiar avaliados realizam mais atividades de força, obtiveram melhores resultados.

Houve correlação negativa entre os domínios do SF-36 com o Timed "Up Go" no grupo de idosos de convívio familiar, porém com significância apenas entre aspectos físicos. Como estes idosos são mais independentes e possuem melhor força muscular e potência, tiveram melhores resultados".

Na correlação do Teste Sit to Stand, verificou-se significância ($p < 0,05$), nos domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor e aspectos emocionais, em idosos de convívio familiar, já os asilados, apresentaram significância apenas no domínio capacidade funcional. De acordo com o autor Fillenbaum et al (1984), envelhecimento saudável, passa ser a resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica.

Na correlação dos Testes Timed "UP GO" com o Sit to Stand, verificou-se significância ($p < 0,05$), nos idosos asilados. Uma vez que estes apresentam diminuição mais significativa de mobilidade, potência, força muscular e equilíbrio por motivos já apresentados, conseqüentemente os resultados encontrados, eram esperados.

Entretanto, outros estudos seriam de grande importância para enriquecer este capítulo da geriatria tão pouco abordado.

6 CONCLUSÃO

Apesar da qualidade de vida entre os grupos serem semelhantes, verificou-se que os idosos em convívio familiar apresentam melhores testes funcionais do que os asilados. Entretanto, outros estudos se tornam necessários para confirmar estes dados.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAYLES, M. D. The value of life. **Am. J. Nurs.**, v. 80, p. 2226-30, 1980.

CAMARANO, A. A. et al. Transformações no padrão etário da mortalidade brasileira em 1979-1994 e no impacto na força de trabalho. Rio de Janeiro, 1997.

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): Brazilian-Portuguesa version of the SF-36. A reliable and quality of life outcome measure. **Brás Reumatol**, São Paulo, v.39, n.3, p. 143-149, 1999.

DAVIM, R. M. B. et al. Estudo com idosos de instituições: característica socioeconômica e de saúde. **Rev. Latino-am**, v. 12, n. 3, p. 518-24, 2004.

FARQUHAR, M. Definitions of quality of life: a taxonomy. **J. Adv. Nurs.**, v.22, p. 502-8, 1995b.

FILLENBAUM, G. G. The Well_ being of the elderly: approaches to multidimensional assessment. Genova: **World Health Organization**, 1984.

FRIES, J. F. Aging, natural death and the compression of mortality. **N. Engl. J. Med.**, v. 303, p. 130-5, 1980.

GUYATT, et al. Quality of life in patients with chronic airflow limitation. **Br. J. Dis. Chest.**, v.81,n. 1, p.45-54, 1987.

KANE, R. A. Assessing social function in the elderly. **Clin. Geriatr. Med.**, v.3, n.1, p. 87-98, 1987.

LAWTON, M. P. Environment and other determinants of well-being in older people. **Gerontologist.**, 1983; 4 (vol 23): 349-57.

NERI, A. L. Qualidade de vida e envelhecimento na mulher. In: _____, Desenvolvimento e envelhecimento. Campinas: Papyrus, 2001b.

OKUMA, S. S. O significado da atividade física para o idoso: um estudo fenomenológico. Tese de Doutorado – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1997.

PASCHOAL, S. M. P. Autonomia e Independência. **Gerontologia.** São Paulo: Atheneu, 1996. p. 313-23.

PASCHOOL, S. M. P. Qualidade de vida do idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. **Gerontologia.** São Paulo, 2000. p.252.

PEREIRA, L. S. M. et al. Análise da marcha de uma população de idosos institucionalizados. **Gerontologia**, v.7, n.1, p. 47-40, 1999.

PODSIADLO, D. et al. The Timed "UP GO". A test of basic functional mobility for frail elderly persons. **J Am Geriatr Soc**, v. 39, n. 2, p. 142-148, 1991.

SILVESTRE, J. A. et al. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor de saúde. **Arq. Geriatr. Gerontol.**, v.0, n.1, p.81-9, 1996.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Soc. Sei. Med.**, v.41, n10, p.1429-30, 1993.

ANEXO A**TERMO DE CONSENTIMENTO E PARTICIPAÇÃO**

Sei que minha participação neste estudo é voluntária. Fui informado dos objetivos do mesmo, sobre os benefícios, as regras, as alternativas, os procedimentos e a duração. Sei que este estudo foi aprovado por um Comitê de Ética. Deram-me a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e recebi uma cópia desta declaração de consentimento. Estou de pleno conhecimento que posso me negar a participar.

Autorizo que os dados colhidos neste estudo possam ser revistos por pessoas ou instituições que estão relacionadas ao mesmo. Minha identidade será resguardada, mantendo-se em forma confidencial, em caso de publicação dos dados obtidos ou sua utilização em estudos futuros.

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Assinatura do responsável pelo estudo: _____

Assinatura do responsável pelo paciente _____

Data: ____ / ____ / ____

ANEXO B

SF-36 PESQUISA EM SAÚDE

SCORE: _____

1. NOME: _____
2. IDADE: _____
3. SEXO: _____ PROF: _____
4. GRAU INST: _____
5. RG: _____
6. END: _____
7. TEL: _____

Patologia: _____

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 em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

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

- | | | |
|------------|-------|---|
| Excelente | ----- | 1 |
| Muito boa | ----- | 2 |
| Boa | ----- | 3 |
| Ruim | ----- | 4 |
| Muito Ruim | ----- | 5 |

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

- | | | |
|---|-------|---|
| Muito melhor agora do que há um ano atrás | ----- | 1 |
| Um pouco melhor agora do que um ano atrás | ----- | 2 |

Quase a mesma de um ano atrás----- 3

Um pouco pior agora do que há um ano atrás----- 4

Muito pior agora do que há um ano atrás----- 5

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

(circule um número 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 casa.	1	2	3
C. Levantar ou carregar documentos	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 consequência de sua saúde física**?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
--	-----	-----

a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava 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 outras atividades?	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 diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso) ?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
A. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava 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 forma nenhuma.....	1
Ligeiramente.....	2
Moderadamente.....	3
Bastante.....	4
Extremamente.....	5

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

(circule uma)

- . Nenhum.....1
- . Muito leve2
- . Leve3
- . Moderada4
- . Grave5
- . Muito grave6

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 alguma1
- . Um pouco.....2
- . Moderadamente.....3
- . Bastante.....4
- . Extremamente.....5

9. Estas questões 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 **às últimas 4 semanas**.

(circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Algum a 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 você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
F. Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou 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 tempo 1
. A maior parte do tempo..... 2
. Alguma parte do tempo..... 3
. Uma pequena parte do tempo..... 4
. Nenhuma parte do tempo..... 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 falso	Definitivamente falso
A. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
B. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
C. Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
D. Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5