

Estudo comparativo do perfil funcional em idosos participantes e não participantes do grupo da “Terceira Idade” do município de Nova Bréscia – RS

Comparative study of the functional profile in elderly non-participants and participants of the “Third Age” group in municipality of Nova Brescia – State of Rio Grande do Sul (RS), Brazil

Gabriela Rech Bassani¹; Claudete Rempel²; Eduardo Sehnem³; Eduardo Périco⁴

¹ Fisioterapeuta, Centro Universitário Univates

² Bióloga, Doutora em Ecologia – Centro Universitário Univates

³ Fisioterapeuta, Mestrando em Ambiente e Desenvolvimento - Centro Universitário Univates

⁴ Biólogo, Doutor em Ecologia – Centro Universitário Univates

Endereço para correspondência

Claudete Rempel
Rua São Pedro, 1190 – Moinhos
95900-000 Lajeado – RS
crempel@univates.br

Resumo

Este trabalho tem como objetivo comparar o nível de independência funcional, o grau e localização de dor em idosos participantes e não participantes do grupo da “Terceira Idade” do município de Nova Bréscia-RS. Para isso, 56 participantes foram divididos em dois grupos. Na comparação, utilizaram-se o Índice de Barthel, a Escala Analógica Visual e a Topografia da Dor. Os dados demonstram diferença significativa ($\alpha = 0,05$) no grau e na localização da dor nos idosos dos dois grupos. Já para o Índice de Barthel, não houve diferença entre os grupos. As avaliações mostraram que a inserção do idoso em um grupo da Terceira Idade favorece a minimização de dor. Em relação à capacidade funcional, o grupo da Terceira Idade não influencia diretamente em uma maior ou menor independência funcional.

Descritores: Escala analógica da dor; Independência funcional; Terceira Idade.

Abstract

This work aims to compare the level of functional independence, the degree and location of pain in the elderly participants and non participants of the “Third Age” group of the city of Nova Brescia (RS). Fifty six participants were divided into two groups. For comparison the Barthel Index, the Visual Analog Scale and the Pain Topography were used. The data show a significant difference ($\alpha = 0.05$) in the pain degree and location between the two elderly groups. For the Barthel Index, there was no difference between groups. The evaluations showed that the inclusion of the elderly in a “Third Age” group favors a minimization of pain. In relation to functional capacity, the group of the “Third Age” does not influence directly into a more or less functional independence.

Key words: Analog Scale of Pain; Elderly; Functional independence.

Introdução

O processo de envelhecimento não é incapacitante, apesar de o número acentuado de idosos desenvolver disfunções ou incapacidades frequentemente associadas à perda progressiva das funções orgânicas e também às múltiplas condições mórbidas que podem estar relacionadas à terceira idade. O envelhecimento, portanto, mostra-se um processo complexo que envolve uma série de variáveis, tais como fatores ambientais e genéticos e aqueles relacionados às peculiaridades da biologia celular e sua influência na qualidade funcional de tecidos e de órgãos¹.

A expectativa de vida do brasileiro se aproxima dos 65 anos. No ano de 1980, 6,1% da população tinha idade superior a 60 anos. Já, em 1990, a porcentagem subiu, chegando a 7,2%. Em 2025 estima-se que aumente mais 2,2%, correspondendo a 32 milhões de pessoas nessa faixa etária. Portanto, daqui a 30 anos essa será a realidade social da geração jovem de hoje².

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)³, os dados relativos à população idosa no Brasil, atualmente, são os seguintes:

- Região Norte: total da população 6.556.548, e a de idosos, 362.901.
- Região Nordeste: total da população 45.448.490, e a de idosos, 3.826.662.
- Região Centro-Oeste: total da população 1.910.433, e a de idosos, 738.261.
- Região Sudeste: total da população 68.280.153, e a de idosos, 6.518.218.
- Região Sul: total da população 23.932.379 e a de idosos, 2.046.138.

De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2007)⁴, a população do Município de Nova Bréscia é composta de 3.162 indivíduos. Desse total, 466 (14,73%) são de idosos – 127 pessoas na faixa entre 60 e 64 anos, correspondendo a 27,25%, e 339 pessoas (72,74%) com mais de 65 anos de idade.

Com o aumento da expectativa de vida, a população tem outra perspectiva; no entanto, em

razão da carência de instalações e de serviços adequados para cuidar do idoso, o período de incapacidade e de dependência se prolonga. A rede de serviços de saúde deve adaptar-se para atender à demanda crescente de idosos, com oferta ampliada de atendimento geriátrico especializado e de serviços básicos preocupados com a reabilitação e a fragilidade dos idosos com e suas principais incapacidades funcionais².

Debert⁵ destaca ainda que entre os idosos, mulheres vivem mais que homens. Tal comprovação é explicada pelos diferenciais de expectativa de vida entre os sexos, fenômeno mundial, mas que é bastante intenso no Brasil, haja vista que, em média, as mulheres vivem oito anos mais que os homens. Para as idosas de hoje tanto a velhice quanto a viuvez podem representar certa independência ou mesmo uma forma de realização. O Censo de 2000 verificou que, em relação à distribuição de gênero, nesse mesmo ano, 37,6% dos responsáveis pelos domicílios eram mulheres, enquanto, na década anterior, esse índice era de 31,9%⁶.

Porth⁷ propõe que as mulheres tendem a viver mais que os homens; por isso, o envelhecimento muitas vezes é considerado uma questão feminina. Em 1998, havia uma proporção de 143 mulheres para cada 100 homens com mais de 65 anos nos EUA, que aumentou para 241 mulheres, comparando com o mesmo universo de indivíduos do sexo masculino (100) homens com 85 anos ou mais. 50% das que viviam na comunidade eram viúvas – havia quatro vezes mais viúvas do que viúvos em 1998.

O crescimento acelerado das indústrias de prestação de serviços e a revolução de informações resultaram no aumento da classe trabalhadora, causando a adoção de hábitos sedentários, ou seja, a inatividade. Em consequência, observam-se alterações fisiológicas mais intensas nos idosos, que ficam limitados pela redução da capacidade aeróbica, anaeróbica, vigor muscular, eficiência motora, rendimento mecânico e perda dos reflexos posturais⁸. A inatividade tem efeitos negativos para todo o corpo, transformando

o indivíduo em um ser frágil, imóvel e, muitas vezes, dependente⁹.

Está aumentando cada vez mais o número de idosos que não praticam atividade física, vivendo, assim, abaixo dos seus limites físicos. Por esse motivo, em muitos casos, quando acometidos por doença, ficam dependentes. A atividade física, seja qual for, produz imediatamente uma profunda melhora da condição física do idoso².

Este estudo foi realizado com o objetivo de comparar o perfil funcional entre idosos participantes e não participantes do grupo da Terceira Idade de Nova Bréscia, decorrente do aumento significativo da população idosa no município, tendo como base as respostas desses indivíduos às avaliações. Para isso, buscou-se aplicar o Índice de Barthel, a Escala Analógica Visual (EAV) e a Topografia da Dor, com a finalidade de verificar e analisar os dados em tabelas e gráficos para, então, comparar o perfil funcional dos idosos participantes e dos não participantes do grupo da Terceira Idade, do referido município, pela independência funcional, quantificação da dor e identificação dos locais de dor no corpo.

Materiais e métodos

Esta pesquisa foi realizada com o grupo da Terceira Idade do projeto “Vivendo Melhor na Terceira Idade – Conviver”, coordenado pela Assistência Social e Secretaria da Saúde, e nos domicílios. O grupo da Terceira Idade encontra-se, uma vez por semana, na Prefeitura Municipal de Nova Bréscia para a realização de atividades físicas, artísticas, reuniões etc. Nos domicílios, foram pesquisados os idosos que não participam do grupo. Inicialmente, solicitou-se a autorização para aplicar a avaliação e utilizar o espaço físico no local do encontro do grupo e nas casas visitadas, além de exigir-se a apresentação do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE). Os idosos ou acompanhantes capazes de responder às avaliações assinaram o TCLE.

Foi encaminhado ao prefeito um ofício solicitando a aplicação da pesquisa e, após o

seu deferimento, a partir de uma autorização assinada por ele, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Univates (Coep/Univates), para apreciação. Tanto para o grupo da Terceira Idade quanto para os idosos entrevistados no domicílio, foi apresentado o TCLE de acordo com as recomendações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

A amostra constituiu-se de 56 participantes. Foram incluídos no estudo idosos entre 65 e 75 anos. Desse total, 28 participantes do grupo da terceira idade assinaram o TCLE. Quanto aos idosos nos domicílios, 28 concordaram em participar da pesquisa por meio da assinatura do TCLE. Os excluídos foram aqueles que estavam restritos ao leito, impossibilitados de transferir-se ativamente para cadeira de rodas ou cadeira comum, que não concordaram em participar da pesquisa e não assinaram o TCLE. Conforme Pickles et al.¹⁰, em geral, os índices de incapacidade aumentam rapidamente em idosos com idade acima de 75 anos, reduzindo sua independência nas atividades diárias; por esse motivo, não participaram da pesquisa, pois poderiam distorcer significativamente os resultados.

O número de idosos avaliados no grupo da Terceira Idade foi 28. A distribuição de avaliação, por dia, encontra-se na Tabela 1.

O Índice de Barthel, que avalia níveis de atividades funcionais em uma série de capacidades específicas, possui um escore final, ou seja, no final, obtém-se um número absoluto que quantifica o grau de independência funcional e mede o grau específico de assistência de que um indivíduo necessita em dez itens de Atividades de Vida Diária (AVDs) nos cuidados pessoais. A pontuação varia de 0 a 100, o cálculo é feito após todos os pontos serem somados dos itens individuais, sendo 0 equivalente à dependência completa para todas as atividades, e 100, à independência completa nas dez atividades do instrumento¹⁰.

A Escala Analógica Visual (EAV), avaliada pela medição visual do nível de dor e pela graduação por meio de uma linha reta no sentido horizontal ou vertical, pode ser em forma de

Tabela 1: Distribuição de avaliação de idosos por dia

Dia	Grupo	Participantes da pesquisa(56)			
		Feminino		Masculino	
		Nº	%	Nº	%
14/04/08	Terceira Idade	17	30,36	08	14,29
28/04/08	Terceira Idade	03	5,36	00	0
13/04/08	Domicílio	05	8,93	03	5,36
18/04/08	Domicílio	07	12,5	03	5,36
04/05/08	Domicílio	06	10,71	04	7,14
Total		38	67,86	18	31,14
		56			

números de 0 a 10. O 0 significa sem sintomas/dor, e 10, sintomas/dor mais intensos. Solicita-se que o paciente seccione, na escala analógica visual, com uma caneta, o ponto que representa o nível da sua dor, de acordo com a sua avaliação¹¹. Com o objetivo de não induzir a resposta nos números, usamos a EAV em linha de 10 cm, com a expressão “sem dor” escrita à esquerda, e à direita, “pior dor imaginável”, sugerida por Nelson et al.¹².

Na topografia da dor, usa-se procedimento de avaliação para compreender e identificar o local do corpo em que se localizam seus sintomas, por meio do esquema corporal em forma de desenho. Solicita-se ao indivíduo/paciente que aponte, com uma caneta, a localização dos sintomas de dor que, na maioria das vezes, coincide com a da lesão, se tiver¹¹.

Nos domicílios, as casas foram visitadas durante três dias (13 e 18 de abril, e 1º de maio de 2008), e questionou-se se algum idoso entre 65 e 75 anos residia no local.

Os participantes do grupo da Terceira Idade foram classificados como Grupo I, e os idosos avaliados nos domicílios, como Grupo II. O sexo feminino foi classificado como número um, e o sexo masculino, como dois. Identificaram-se no mapa corporal as queixas de algia de cada participante, pois, sem essas informações, não seria possível analisar quantitativamente os resultados para efeito de comparação, objetivo deste estudo. Já no Índice de Barthel e EAV, a classificação não foi alterada, porque havia sido mensurada em números, possibilitando a análise dos dados.

A análise estatística dos dados quantitativos foi realizada no *software* BIOESTAT 5.0¹³ por meio da matriz de semelhança da correlação e do Teste Estatístico t, para estabelecer significâncias entre o perfil funcional dos idosos participantes do grupo da Terceira Idade e daqueles que não participam de nenhum grupo.

Resultados

A amostra foi composta por 56 participantes, agrupados em dois grupos: I – idosos do grupo da Terceira Idade, e II – idosos dos domicílios. Dos 56 participantes, 38 eram do sexo feminino (67,85%), e 18, do masculino (32,14%).

No gráfico da Figura 1 está apresentado o resultado da quantidade de dor na EAV, dos 56 participantes da pesquisa. Realizado o Teste t, constatou-se que há diferença estatística significativa entre a EAV do Grupo I e a do II ($t = 2,477$; $p = 0,0163$), sendo a média e o desvio padrão de dor do Grupo I $X = 1,77 \pm 2,22$, e do II, $X = 3,44 \pm 2,79$.

No gráfico da Figura 2, Topografia da Dor, observa-se que a ausência de dor prevaleceu em 14 idosos do Grupo I, e em 7, do II. Todos os 56 pesquisados constam nesse gráfico. Verifica-se que, em ambos os grupos, a dor mais frequente relatada foi a do tronco (5 pessoas em cada grupo).

Há diferença estatística significativa na localização de dor nos idosos do grupo I e nos do II ($t = 2,1004$; $p = 0,0403$).

Em relação ao sexo, tanto no Grupo I (61%) quanto no II (75%) predomina o feminino.

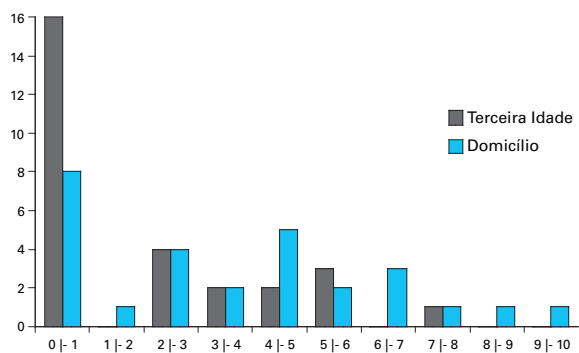


Figura 1: Comparativo entre Grupo I (Terceira Idade) e o II (Domicílio) na Escala Analógica Visual

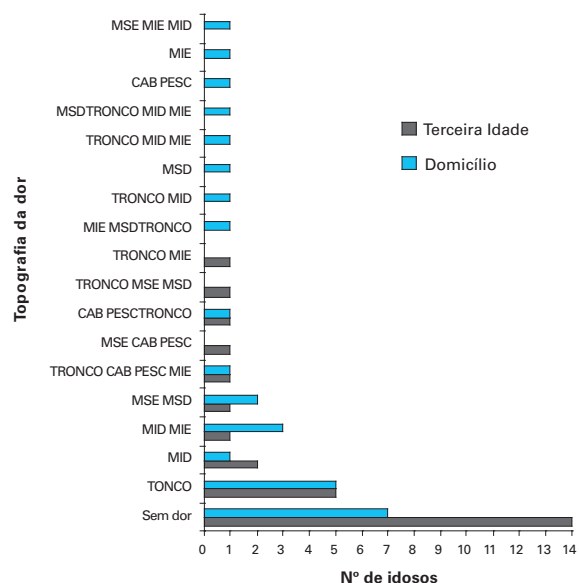


Figura 2: Comparativo entre o Grupo I e o Grupo II na Topografia da Dor

Para o Índice de Barthel, a análise quantitativa entre os Grupos I (Terceira Idade) e II (Domicílio) não resultou em diferença estatisticamente significativa. Portanto, há semelhança entre os dois grupos, ou seja, a capacidade funcional, medida pelo Índice de Barthel, dos idosos que participam do grupo da Terceira Idade, mesmo ativos e em socialização, não é maior que a dos idosos não participantes, que poderiam apresentar consequências advindas da inatividade¹⁴.

Discussão

Como sugere Pickles et al.¹⁰, alterações nas reservas funcionais e suas conseqüentes diminuições nos aparelhos e sistemas do corpo são causadas pelo envelhecimento biológico. Ou então, como sugere o autor Netto¹⁵, com o avançar da idade, o idoso depara com muitas perdas: a saúde deteriora-se, surgem doenças crônicas, viuvez, morte de pessoas próximas, papéis sociais ficam ausentes na sociedade, há crescente isolamento, dificuldades financeiras advindas da aposentadoria – perdas que afetam sua autoestima e acarretam uma possível crise psicológica. Essas alterações psicológicas devem ser enfrentadas pelos idosos e, para superá-las, é de grande importância ocupar-se e contar com o apoio familiar e social.

Nesta pesquisa, a análise comparativa da independência funcional não foi significativa. A semelhança descarta a hipótese de que o Grupo II (Domicílio) possua menos independência funcional que o Grupo I (Terceira Idade). No entanto, denota-se que a comparação nas queixas e quantificações da dor por meio da EAV e da Topografia da Dor demonstraram diferença significativa entre idosos participantes (Grupo I) e não participantes do grupo da Terceira Idade (Grupo II), do município de Nova Bréscia. Os idosos do Grupo I apresentaram menos queixas de dor que os do II. Evidencia-se, portanto, que a atividade física, como um bem-estar físico, social e mental, é um procedimento capaz de diminuir angústias e ansiedades, além de retardar e/ou reverter um processo patológico instalado. Programas adequados de atividades físicas diminuem o processo degenerativo do organismo, favorecendo uma vida saudável¹⁶.

Decorrente desse benefício, a dor gerada pelos agravos da doença é minimizada. Segundo Porth⁷, a dor aguda pode levar a ansiedade e espasmo musculoesqueléticos, reflexos secundários que podem piorar a dor. Nos adultos, a dor prevalece com o aumento da idade; é estimado que 25% a 50% dos idosos moradores da comunidade vivenciem a dor. Como sugere Nelson et

al.¹², a expressão da dor é influenciada por fatores subjetivos diversos, tais como idade, sexo, personalidade, experiências passadas, necessidades comportamentais, etnia e herança cultural, que podem ter influenciado diretamente no resultado da pesquisa, em relação à quantidade de dor e à sua localização.

Para Porth⁷, tanto a dor aguda quanto a crônica podem ser minimizadas com intervenções cognitivo-comportamentais, focadas em relaxamento, divertimento, reforço cognitivo, imaginário, meditação e *biofeedback*. O relaxamento alivia os sintomas da dor; o divertimento propõe direcionar a atenção do indivíduo para outros estímulos, e o reforço cognitivo é uma forma de divertir o indivíduo, chamar sua atenção para aspectos positivos, fazendo-o esquecer a sensação de dor.

Essas atividades chamadas de “intervenções cognitivo-comportamentais” são realizadas no grupo da Terceira Idade de Nova Bréscia com o objetivo de melhorar a condição física e emocional do idoso, socializá-lo e propiciar bem-estar geral, de acordo com o projeto “Vivendo Melhor na Terceira Idade – Conviver”¹⁷.

Uma maior socialização, integração e inserção em um grupo social são benefícios sociais ligados à prática da atividade física. A flexibilidade das articulações pode ser mantida e desenvolvida pelos alongamentos, que objetivam aumentar a amplitude de movimentos, favorecendo boa mobilidade articular, a resistência a lesões e a dores musculares, articulares e na coluna, além de melhorar a postura, a aparência pessoal e a autoimagem¹⁶.

Conclusão

No que se refere à comparação das avaliações: Índice de Barthel, Escala Analógica Visual e Topografia da Dor; entre idosos participantes e não participantes do grupo da Terceira Idade do município de Nova Bréscia, apenas a primeira, Índice de Barthel, não obteve resultado estatístico significativo em relação à independência

funcional entre os indivíduos dos dois grupos. Ressaltamos que há semelhança entre eles, ou seja, a capacidade funcional dos idosos que participam do grupo da Terceira Idade, mesmo ativos, em socialização, não é maior que a dos não participantes, que poderiam apresentar consequências advindas da inatividade. A faixa etária pesquisada, de 65 até 75 anos, pode ter sido a razão de não haver repercussão significativa na função. Pickles et al.¹⁰ sugerem que os índices de incapacidade, em geral, aumentam rapidamente em idosos com idade acima de 75 anos, o que reduz sua capacidade de independência nas atividades diárias.

Em relação à EAV e à Topografia da Dor, houve diferença estatística significativa na quantificação da dor e nos locais de dor entre os dois grupos. Com base nos resultados, foi possível verificar que os idosos do Grupo I, ou seja, participantes do grupo da Terceira Idade, apresentaram menos queixas de dor que os do II, que não participam do grupo.

Assim, conclui-se que os idosos de 65 a 75 anos que aceitaram responder às avaliações da pesquisa, participantes e não participantes do grupo da Terceira Idade de Nova Bréscia, possuem diferenças no que se refere à dor. Podemos atribuir aos participantes do grupo da Terceira Idade uma menor quantidade de queixas em relação à dor e sua localização. Esses resultados podem ser decorrentes das atividades físicas e cognitivas, realizadas nos encontros semanais. Os idosos participantes não apresentaram nenhum comprometimento funcional ou dor capaz de impedir a prática das atividades. Conforme Mazo et al.¹⁸, a prática de atividade física e de recreação coletiva no grupo da Terceira Idade propicia a minimização da dor, do bem-estar físico, da autoconfiança, da sensação de autoavaliação, segurança diária pelo domínio corporal, elasticidade, maior prontidão para a atividade, melhor mobilidade das articulações, capacidade respiratória e circulatória, fortalecimento muscular, principalmente de extremidades, maior resistência, aumento da habilidade e coordenação.

Dessa forma, esses idosos apresentam melhor funcionalidade nas AVDS, até mesmo para o bem-estar pessoal, objetivando melhor qualidade de vida, o que é um benefício social muito importante, favorecido pelas políticas públicas voltadas para o idoso. Além disso, como descrevem Freitas e colaboradores¹⁹, a inserção no grupo dá ao idoso uma identidade social e física, assumindo um compromisso: o de estar com o grupo. Vive o sentimento de confiança, estímulo para competir, oportunidade de conhecer pessoas novas, de ser companheiro, de dar e receber apoio.

Com base nos resultados obtidos neste estudo, salientamos a importância que a assistência social possui diante dos efeitos positivos do projeto “Vivendo melhor na Terceira Idade – Conviver” para os idosos participantes. É imprescindível que haja estímulos à participação e à criação de possibilidades de atividades. O aumento da frequência de encontros fica como sugestão para melhorar ainda mais as condições físicas e emocionais dessa população.

Referências

- Mitsuichi MLB, Jamussi SG, Martins EF. Intervenções fisioterapêuticas e podológicas nos pés de idosos podem proporcionar marcha mais segura. *Rev Fisiot Brasil*. jan/fev 2005;6(5).
- Meirelles MEA. Atividade física na 3ª idade. Rio de Janeiro: Sprint;2000.
- Corazza MA. Terceira idade e atividade física. São Paulo: Phorte Editora;2001.
- IBGE. Censo demográfico, 2007.[Acesso em 2 de jan.2007] Disponível em: <http://www.ibge.org.br>.
- Debert GG. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000.[Acesso em 28 de mai.2008] Disponível em: <http://www.ibge.org.br>.
- IBGE. Censo demográfico, 2000.[Acesso em 28 de mai.2008] Disponível em: <http://www.ibge.org.br>.
- Porth CM. Fisiopatologia. 6ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;2002.
- Litvoc J, Brito FC. Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Atheneu;2004.
- Spiriduso WW. Dimensões físicas do envelhecimento. São Paulo: Manole;2005.
- Pickles B, Compton A, Cott C, Simpson J, Vandervoort A. Fisioterapia na Terceira Idade. São Paulo: Santos;2002.
- O'Sullivan SB, Schmitz T. Fisioterapia avaliação e tratamento. São Paulo: Manole;2004.
- Nelson RM, Hayes KW, Currier DP. Eletroterapia clínica. São Paulo: Manole;2003.
- Ayres M. et al. Bioestat – Aplicações estatísticas nas áreas das Ciências Biomédicas. 5ª ed. Belém: Mamirauá;2007.
- Ferrantini AC, Borges CF, Morelli JGS, Rebelatto JR. Qualidade da execução de AVDs em idosos institucionalizados e não-institucionalizados que permaneciam sem sair de suas residências por mais de 6 meses. *Rev. Fisiot. Brasil. set/out 2005;6(5)*.
- Netto MP. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu;2002.
- Diogo MJD, Neri AL, Cachioni M. Saúde e qualidade de vida na velhice. São Paulo: Alínea;2002.
- Garibotti M. Vivendo melhor na 3ª Idade. Nova Bréscia;2006.
- Mazo GZ, Lopes MA, Benedetti TB. Atividade física e o idoso. Porto Alegre: Sulina;2004.
- Freitas EV de, Pyl, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM da. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;2002.



