

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES IDOSAS ATENDIDAS NO “GRUPO DE APOIO À PREVENÇÃO DA INCAPACIDADE FUNCIONAL”

Epidemiological profile of elderly women assisted in the “Support Group for Prevention of Functional Disability”

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Avaliar o perfil epidemiológico de mulheres que buscaram espontaneamente o Grupo de Apoio à Prevenção da Incapacidade Funcional, localizado na Comunidade do Dendê. **Métodos:** Pesquisa desenvolvida no ano de 2007, com uma amostra de 31 mulheres, cuja idade variou de 60 a 83 anos, média de $65,5 \pm 5,15$ anos. Utilizou-se de um questionário contendo perguntas dicotômicas e múltipla escolha, e os instrumentos: a) Escala de Lawton: avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD); b) Escala de Katz: avaliação das Atividades de Vida Diária (AVD); e c) avaliação física das funções muscular e articular, todos no momento inicial da inscrição no programa do grupo de apoio. Realizou-se inferência pelo teste qui-quadrado de Pearson, utilizando-se o Software SPSS versão 15. **Resultados:** As participantes tinham pouca escolaridade e baixa renda familiar. Detectou-se o fato de que 11 (35,5%) sofriam de hipertensão, 8 (25,8%) de osteoporose, 9 (29,0%) do diabetes e 22 (71,0%) estavam fazendo uso de medicamentos. Todas as pesquisadas classificaram-se como independentes (AIVD médio de 25,41 e AVD médio de 5,74). Houve significância estatística entre sentir fraqueza nos membros e dor articular ($p=0,041$); sentir fraqueza nos membros e dor muscular ($p=0,038$); sentir fraqueza nos membros e problema de visão ($p=0,004$). **Conclusão:** O perfil das idosas era de mulheres socialmente independentes, em grande parte apresentando comorbidades, polimedicadas, com limitações funcionais significativas

Descritores: Perfil epidemiológico; Mulheres; Prevenção primária; Idoso Fragilizado.

ABSTRACT

Objective: To assess the epidemiological profile of women who spontaneously searched for the Support Group for Prevention of Functional Disability, located in Dendê Community. **Methods:** A study developed in 2007, with a sample of 31 women, whose ages ranged from 60 to 83 years, mean 65.5 ± 5.15 years. We used a questionnaire containing Yes/No questions and multiple choices, and the instruments: a) Lawton scale: rating scale of Instrumental Activities of Daily Living (IADL); b) Katz scale: rating scale of Activities of Daily Living (ADL) and c) physical evaluation of muscle and joint functions, all in the initial stage of enrollment in the support group. Inference was performed by chi-square test, using the software SPSS version 15. **Results:** The participants had little schooling and low family income. It turned out the fact that 11 (35.5%) had hypertension, 8 (25.8%) osteoporosis, 9 (29.0%) diabetes and 22 (71.0%) were making use of medicines. All of them were classified as independent (average AIVD of 25.41 and AVD of 5.74). There was statistical significance between feeling weakness in the limbs and joint pain ($p = 0.041$); feel limb weakness and muscle pain ($p = 0.038$); feel limb weakness and sight problems ($p = 0.004$). **Conclusion:** The profile of the aged was of social independent women, mostly presenting associated illnesses, making use of diverse medicines and with significant functional limitations.

Descriptors: Health Profile; Women; Primary Prevention; Frail Elderly.

Lúcia Nunes Pereira Melo⁽¹⁾
Maria Vieira de Lima Saintrain⁽²⁾

1) Faculdade Integrada do Ceará – (FIC)
– Fortaleza - CE – Brasil

2) Universidade de Fortaleza – (UNIFOR)
– Fortaleza - CE – Brasil

Recebido em: 04/11/2008

Revisado em: 22/06/2009

Aceito em: 12/08/2009

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida, determinado pela diminuição da taxa de natalidade e mortalidade e pela melhoria no campo da saúde, leva o Brasil à classificação daqueles que mais experimentam o incremento da sobrevida⁽¹⁾.

O Brasil possui uma população de aproximadamente 184 milhões de habitantes, constituída por 50,8% de mulheres e, deste contingente, 9,8% se encontra com 60 anos e mais⁽²⁾.

No Ceará, os dados revelam que 733 mil pessoas têm 60 anos ou mais, números que representam 9,1% da população do estado⁽³⁾. No município de Fortaleza, os idosos constituem 7,5% da população, e, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, possui cerca de 1,3 milhão de mulheres, representadas por 8,5% de idosas^(3,4).

Quanto mais velho for o contingente analisado maior será a população de mulheres. Com o aumento da expectativa de vida, observou-se que os indivíduos sobrevivem o tempo necessário para experimentar transformações físicas que as gerações anteriores não tiveram a oportunidade de vivenciar⁽⁵⁾. Somente no início do século XX, com os avanços científicos, é que a expectativa de vida pôde chegar aos 50 anos. Já em 2005, no Brasil, registra-se 75,8 anos para as mulheres e 69,1 para os homens⁽¹⁾.

As mulheres vivem mais do que os homens, considerando a hipótese de serem menos expostas a riscos, acidentes domésticos e de trabalho, acidentes de trânsito, homicídios e suicídios, consomem menos álcool e tabaco e fazem uso mais frequente dos serviços de saúde⁽⁶⁾. Por outro lado, as taxas de prevalência de incapacidade funcional são bem mais elevadas entre as mulheres, evidenciando a noção de que, apesar de viverem mais, suportam maior carga de problemas de saúde⁽⁷⁾.

Os indivíduos na idade avançada apresentam maior prevalência de doenças crônico-degenerativas e, conseqüentemente, os sintomas associados à incapacidade funcional⁽⁸⁾, que podem ocorrer em razão do próprio processo fisiológico natural de envelhecimento, bem como em decorrência das sequelas de patologias crônicas, como artrite, artrose, osteoporose, hipertensão, problemas cardiovasculares, dentre outras⁽⁷⁾.

As mulheres idosas constituíram suas vidas e envelheceram nos modelos de comportamentos tradicionais, tornando-se, em sua maioria, dependentes economicamente, e também responsáveis pela provisão dos cuidados familiares. As alterações de curso de vida e a feminização da velhice apresentam-se como dados para amenizar as desigualdades, no entanto, a intensificação dos papéis profissionais e de provedoras de cuidado no

seio familiar faz aumentar a responsabilidade, ensejando sobrecarga de preocupação e tensão psicológica⁽⁹⁾.

A transição demográfica e epidemiológica revela a gradativa substituição das enfermidades infectocontagiosas pelas patologias crônico-degenerativas (DCD) também denominadas de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Estas enfermidades perduram, em média, por 15 a 20 anos na vida do idoso, requerem internações institucionais, afastando-o do convívio domiciliar, e são onerosas para o sistema de saúde⁽¹⁰⁾.

Na atualidade, século XXI, viver setenta, oitenta anos, tornou-se um fato comum, uma experiência vivida por muitas pessoas no mundo inteiro, diferentemente do século passado, quando a possibilidade das pessoas morrerem no auge da idade produtiva era um fato bastante corriqueiro. O cenário atual mostra-se diferente, considerando que a probabilidade de sobrevivência a partir dos sessenta anos aumenta gradativamente⁽¹¹⁾. Essas mudanças ensejam, forçosamente, modificações no modo de agir e na forma de prestar cuidados à pessoa idosa. A abordagem holística do cuidar integra os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais, em que a visão do profissional de saúde deve considerar a especificidade e a multidimensionalidade deste indivíduo no seu contexto de relação individual, familiar e comunitária⁽¹²⁾.

Pequenas intervenções podem ser suficientes para a promoção da saúde e melhorar a qualidade da integração social ou remediar potenciais riscos existentes. Promover a preferência de contactos significativos; de ação colaborativa para a saúde, cognitiva e atividade física; e, manter o equilíbrio de risco e benefícios em contextos sociais, são caminhos para envelhecimento bem sucedido⁽¹³⁾.

Neste contexto, justifica-se o interesse em avaliar o perfil epidemiológico de mulheres idosas, no intuito de, a posteriori, por meio da Educação em Saúde, orientações posturais, exercício global e específico, realizado em grupos de apoio, contribuir com ações programadas que possam promover a saúde e melhorar a sobrevida na idade avançada. Os exercícios fisioterápicos possibilitam o aumento da força muscular, amplitude articular de movimento, melhorar o equilíbrio e a coordenação motora em associação a padrões respiratórios, reduzindo a demanda por serviços médicos, diminuindo a prescrição de medicamentos e dos custos sociais decorrentes da incapacidade funcional.

Considerou-se que, por meio desta pesquisa, além do enriquecimento profissional, o fato de identificar características da população feminina que envelhece, fornece subsídio para o desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde efetivas no combate e na prevenção de doenças incapacitantes. Julga-se, pois, relevante o objetivo de avaliar o perfil epidemiológico de mulheres idosas que

buscaram o Grupo de Apoio à Prevenção da Incapacidade Funcional, para que, no contexto da formação e atuação destes grupos de apoio, seja possível conhecer os aspectos que afligem as mulheres idosas, colaborando, assim, para a elaboração de atividades que visem melhoria da qualidade de vida.

MÉTODOS

No ano de 2007 desenvolveu-se um estudo do tipo quantitativo, descritivo e inferencial, com a participação de mulheres idosas. Na amostra do estudo considerou-se a população total de 31 mulheres de 60 anos e mais, que se inscreveram, espontaneamente, para participar do Grupo de Apoio à Incapacidade Funcional.

O grupo de apoio em foco localiza-se na Comunidade do Dendê – Bairro Edson Queiroz, em Fortaleza - Ceará. Duas vezes por semana são realizadas, com as mulheres idosas, intervenções programadas, tendo como base as atividades: a) palestras educativas, informando sobre o autocuidado e a importância da prevenção das doenças crônicas degenerativas; b) exercícios físicos, com o intuito de aumentar a força muscular, amplitude articular de movimento, melhorar o equilíbrio e a coordenação motora, em associação a padrões respiratórios; e c) estratégias de prevenção para evitar sequelas incapacitantes de doenças crônicas existentes.

A comunidade possui população de aproximadamente 12.000 habitantes, recebe atenção à saúde do Núcleo de Atenção Médica Integrada – NAMI da Universidade de Fortaleza - UNIFOR e da Unidade Básica de Saúde Mattos Dourado – CIES - Prefeitura de Fortaleza.

A pesquisa para avaliar o perfil epidemiológico das mulheres idosas fez parte do conteúdo inicial do programa do referido grupo de apoio, como intuito de elaborar adequadamente a programação das atividades a serem realizadas.

Coletaram-se os dados por meio de: a) um questionário contendo indagações dicotômicas e de múltipla escolha, para obter dados de identificação, características socioeconômicas, prevalência das doenças autoreferidas das mulheres e medicações que faz uso; Neste item, uma pessoa pode ter referido um ou mais tipo de doença e a tomada de vários medicamentos.

b) instrumentos aplicativos - Escalas de Lawton⁽¹⁴⁾, para a avaliação das atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Na Escala de Lawton há 9 questões, cada qual com valores de 1 a 3, dos quais o valor 3 é igual a independência, 2 representa capacidade com ajuda e 1

representa dependência. O total máximo na escala é de 27 pontos cujos valores representam: independência (19 a 27 pontos); capacidade com assistência (10 a 18 pontos); dependência (1 a 9 pontos) e, Escalas de Katz⁽¹⁴⁾, para avaliação das atividades básicas da vida diária (AVD). Nesta Escala a pontuação é o somatório do escore (1 ponto) para cada resposta “sim” das 6 questões que versam sobre banho, vestir-se, higiene pessoal, transferência, continência e alimentação. Os valores atingem o máximo de 6 pontos: 6 a 5 independência; 4 a 3 déficit moderado; 2 déficit severo.

Adotaram-se como critérios de inclusão mulheres com idade de 60 anos ou mais que se inscreveram no grupo de apoio; que possuíam residência fixa no Município de Fortaleza, especificamente na comunidade do Dendê; e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

A análise estatística do tipo descritiva teve por base o ato de determinar a distribuição das variáveis e a estatística analítica baseada no teste do qui-quadrado de Pearson, para examinar a associação entre os achados ocorridos na população de estudo, estabelecido nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%. Os dados foram organizados e analisados por meio do *Software Statistical Package for Social Science - SPSS* versão 15.

O responsável pelo grupo de apoio focalizado assinou um termo de autorização. Aos participantes, conhecedores dos objetivos e procedimentos da pesquisa, foram assegurados o sigilo e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. Ficou ressaltado o cumprimento dos preceitos éticos da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça da pesquisa em seres humanos, conforme dita a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – COÉTICA, da Universidade de Fortaleza – UNIFOR pelo Parecer n°. 029/2007.

RESULTADOS

Participaram do estudo 31 mulheres, cujas idades variaram de 60 a 83 anos, média de $65,5 \pm 5,15$ anos.

Das mulheres pesquisadas, 21(68,0%) afirmaram doenças autoreferidas, tais como: 11 (35,5%) hipertensão, 8 (25,8%) osteoporose, e 9 (29,0%) diabetes, sendo que 22 (71,0%) estavam fazendo uso de medicamento para tratamento e controle de suas enfermidades. Ressalta-se o grande contingente das mulheres idosas que referiram sentir dores musculares 15(48,4%) e articulares 22(71,0%), fraqueza nos membros 19(61,3%), problema de visão 22(71,0%) e audição 10(32,3%), ainda o fato de que 7(22,6%) foram acometidas de fraturas.(Figura 1).

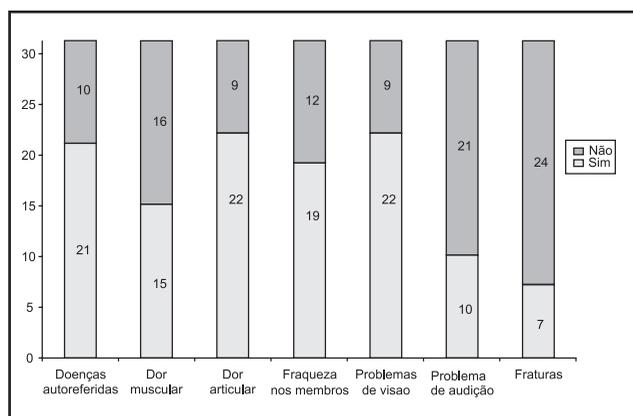


Figura 1 - Perfil de morbidade das idosas atendidas no Grupo de Apoio à Prevenção de Incapacidade Funcional localizado na comunidade do Dendê. Fortaleza – Ceará, 2007 (N=31)

Fonte: dados da pesquisa

Todas as idosas pesquisadas foram classificadas como independentes (AVD médio 5,74 e AIVD médio de 25,41). Dentre as 06 funções básicas avaliadas pela Escala de Katz - atividades básicas da vida diária (AVD), 8 (25,8%) das mulheres pesquisadas não conseguiam controle da “continência urinária e/ou fecal”, contudo obtiveram pontuação máxima no restante dos quesitos, com significância estatística ($\chi^2= 4,411$, $p=0,036$) entre continência e sentir dor articular.

Houve significância estatística entre sentir fraqueza nos membros e dor articular ($\chi^2= 4,178$, $p=0,041$); sentir fraqueza nos membros e dor muscular ($\chi^2= 4,228$, $p=0,038$); sentir fraqueza nos membros e problema de visão ($\chi^2= 8,159$, $p=0,004$).

A figura 2 destaca a condição das mulheres pesquisadas quanto às atividades instrumentais da vida diária (AIVD). Ressalta-se que atividades como o uso de telefone, arrumação de casa e lavagem de roupas foram referidas como incapacidade de realizar.

DISCUSSÃO

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perdas da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionado por vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte⁽¹⁵⁾.

Dentre as patologias mencionadas pelas mulheres idosas deste estudo, a hipertensão apresentou-se como a mais prevalente. Considera-se uma patologia que aparece frequentemente a partir de idade avançada, podendo variar

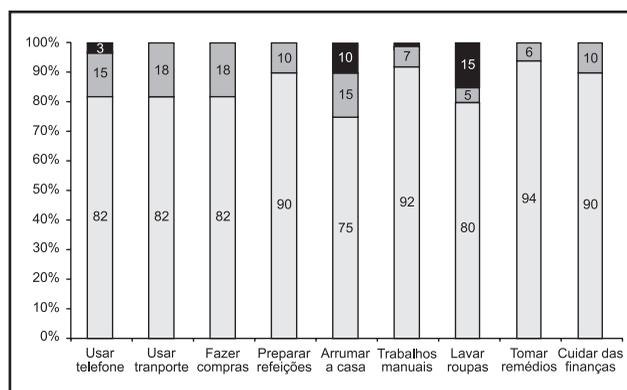


Figura 2 - Distribuição percentual das idosas atendidas no Grupo de Apoio à Prevenção de Incapacidade Funcional segundo as atividades instrumentais da vida diária. Fortaleza-Ceará, 2007. (N=31)

Fonte: dados da pesquisa

de uma comunidade para outra, dependendo do estilo de vida e hábitos. Tanto a hipertensão como a doença cardíaca isquêmica são fatores predisponentes de acidente vascular cerebral, doença vascular periférica e insuficiência cardíaca⁽¹⁶⁾. As mudanças no estilo feminino de vida, adotadas na sociedade moderna, sobrecargas de tarefas sobre a tradicional lida doméstica, o estresse permanente, o cansaço, a falta de lazer e os maus hábitos alimentares, podem ser apontados como os principais fatores associados à alta prevalência das doenças circulatórias nesta população⁽¹⁷⁾. Portanto, é necessária a tomada de medidas preventivas e educativas no sentido de evitar estas patologias e, conseqüentemente, incapacidades funcionais advindas destes males.

A osteoporose, caracterizada por redução da massa óssea e deterioração da “arquitetura interna do osso”⁽¹⁸⁾ foi mencionada por 8 (25,8%) das pesquisadas. A perda da resistência óssea aumenta a possibilidade de fraturas, fato observado, neste estudo, pela informação de que sete pesquisadas sofreram este tipo de agravo. Vale mencionar que as fraturas osteoporóticas mais comuns são as de punho, de vértebras e fratura de fêmur. Esta última é a que traz conseqüências mais graves, ocasionando internação hospitalar prolongada, intervenção cirúrgica, dores muito fortes e incapacidade funcional⁽¹⁸⁾.

Vários motivos contribuem para o surgimento da osteoporose. Por exemplo, a diminuição do estrogênio (haja vista que o estrogênio tem atividade estimuladora de osteoblastos), diminuição do hormônio de crescimento, deficiência das funções anabólicas protéicas (de modo que a matriz óssea não pode ser depositada suficientemente), desnutrição ao ponto de não poder ser formada matriz protéica em quantidade suficiente, ausência de estresse

físico sobre o osso em razão da inatividade, ou seja, a não realização de atividades físicas regulares⁽¹⁹⁾.

Nesta pesquisa, o *Diabetes Mellitus* acometeu um número acentuado de mulheres [9 (29,0%)]. Esta morbidade constitui num dos principais fatores de risco das complicações de aterosclerose, até levar às patologias crônicas microvasculares, como a retinopatia diabética, podendo resultar na cegueira⁽²⁰⁾. É importante ressaltar que um grande percentual das pacientes do estudo referiu acometimento por distúrbios da visão, assim como da audição (figura 1). Dentre as alterações sensoriais que acompanham o envelhecimento, a deficiência auditiva ou presbiacusia, além de possibilitar incapacidade funcional, constitui agravante na diminuição do contato social da pessoa idosa, comprometendo seriamente seu processo de comunicação⁽²¹⁾.

Outro fato importante, detectado no grupo de idosas, diz respeito à avaliação das atividades básicas da vida diária (AVD). Apesar de a média apresentada pela escala de Lawton classificá-las como independentes, no entanto 8 (25,8%) mulheres não conseguiam ter controle sobre urina e/ou fezes. Este fato, embora se referindo apenas a um quesito da AVD, requer atenção no planejamento das atividades a serem realizadas pelo grupo de apoio, no que concerne aos exercícios específicos de fisioterapia.

A incontinência urinária é encontrada em cerca de 30% dos idosos que residem com seus familiares, podendo atingir 50% em outras situações (idosos institucionalizados), assim como elevada porcentagem (50%) de doenças músculo-esqueléticas em mulheres com incontinência urinária⁽²²⁾, dado que pode justificar, nesta pesquisa, a significância estatística ($p=0,036$) entre continência e sentir dor articular. No sexo feminino, a atrofia vaginal e o relaxamento dos músculos perineais podem ocasionar dispareunia, incontinência urinária e aumento da suscetibilidade a infecções⁽²³⁾.

O uso de medicamentos, relatado por 71,0% das participantes deste estudo, revela fator importante a ser observado pelo grupo de apoio, visto que pode ocasionar adversidades durante as atividades físicas.

A polifarmácia é comumente utilizada pelos idosos, podendo desencadear reações devido seus efeitos colaterais, assim como por interação medicamentosa. Pesquisas destacam os fatos de 83% dos seus pesquisados utilizarem fármacos sem receita médica; de haver maior consumo de medicamentos pelas mulheres, 88% versus 76% para os homens; acrescidos do dado segundo o qual os idosos consomem, em média, 3,6 tipos de medicamentos⁽²⁴⁻²⁶⁾. As possibilidades de ocorrência de interações medicamentosas provenientes da automedicação, comedicação e supermedicação podem levar ao agravamento de doenças.

Alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento renal provocam prejuízos na filtração e excreção de metabólitos, além de interferir na farmacodinâmica e farmacocinética de medicamentos, causando efeitos secundários indesejados por fármacos que possuem eliminação renal^(27, 28).

O declínio funcional é identificado progressivamente pela perda da capacidade de executar as atividades básicas da vida diária (AVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD), indicadores estes, preferencialmente utilizados e universalmente aceitos na literatura⁽²⁹⁾.

Embora todas as mulheres participantes da pesquisa tenham sido classificadas como independentes (AIVD médio de 25,41), é importante considerar que, em itens como usar telefone, arrumar casa, fazer trabalhos manuais e lavar roupa, algumas já apresentaram dificuldades por “não conseguir” realizar estas atividades básicas do dia-a-dia. Em todos os itens da AIVD, constatou-se que algumas mulheres necessitaram de ajuda na realização destas atividades, considerando, portanto, este teste como indicador de atividades sociais, evidenciando sua necessidade na complementação dos exames de rotina. Necessidade confirmada por pesquisa, onde idosos relataram não fazer atividades devido às suas limitações físicas ou por não saber como realizá-las⁽³⁰⁾.

O decréscimo da força e da massa muscular (sarcopenia) está associado ao envelhecimento e considerado uma das principais causas de incapacidade funcional⁽³¹⁾.

Nesta pesquisa, o relato das participantes sobre “sentir fraqueza nos membros” relaciona-se efetivamente com a avaliação física da função muscular e articular. A significância estatística entre sentir fraqueza nos membros e dor articular; sentir fraqueza nos membros e dor muscular; e, ainda, entre sentir fraqueza nos membros e problema de visão, nos leva a sugerir que as limitações detectadas nos testes de AIVD, como dificuldades para usar o telefone, arrumar casa, lavar roupa e fazer trabalhos manuais, podem ser relacionadas com a falta de atividade física e regime alimentar que possam fortalecer a musculatura. Neste contexto, os grupos de apoio podem ser aliados na elaboração de atividades de restabelecimento da força muscular, complementados pela Educação em Saúde incentivando hábitos saudáveis que visem a promoção da saúde.

A incapacidade funcional é definida pela a presença de dificuldade no desempenho de atividades da vida cotidiana e pela impossibilidade de realizá-las⁽³²⁾ ou, ainda, pela necessidade de ajuda para o indivíduo executar tarefas cotidianas básicas ou mais complexas, necessárias para a vida independente na comunidade⁽⁸⁾.

Associa-se a perda da massa muscular a um decréscimo na força voluntária, com um declínio de 10-15% por

década, em geral aparente apenas a partir dos 50 a 60 anos de idade. Dos 70 aos 80 anos de idade é relatada perda maior, que chega a 30%. Indivíduos saudáveis de 70 – 80 anos têm desempenho de 20 – 40% menor, atingindo 50% nos mais idosos⁽³³⁾. Existem evidências de associações entre as dimensões de saúde e a independência funcional em idosos, assim como a perda do desempenho pode também ser explicada pelas mudanças nas propriedades intrínsecas das fibras musculares⁽³⁴⁾.

As morbidades referidas quanto à fraqueza nos membros, dores musculares e articulares, desencadeiam problemas em uma ou mais articulações e constituem, possivelmente, a queixa mais comum da pessoa idosa.

As estruturas articulares e periarticulares se tornam menos flexíveis em decorrência de pequenas alterações morfológicas, anatômicas e bioquímicas em suas estruturas. Da mesma forma, constituem alterações frequentes a calcificação, diminuição das vilosidades e da vascularização das cartilagens. Essas modificações podem ocasionar desestabilização biomecânica da marcha e desajuste da mobilidade articular, pela incongruência de seus compartimentos. A degeneração das estruturas articulares e a diminuição da amplitude de movimentos articulares e da flexibilidade são mais acentuadas em idosos inativos, levando à imobilização, e, posteriormente, a um consequente prejuízo funcional para o idoso⁽³⁵⁾.

Pesquisa comparando a condição de saúde referida entre idosas participantes de grupos de convivência indicou que aquelas ativas fisicamente (indivíduos que acumulam mais de 150 minutos de atividades físicas leves, moderadas ou intensas por semana) percebem com mais otimismo sua saúde, o que pode ser um indício de que a atividade física influencia de forma positiva a saúde das mulheres idosas⁽³⁶⁾.

A artrose é uma doença crônica, descrita como patologia mecânica degenerativa, que afeta o idoso em várias articulações simultaneamente. Acomete, preferencialmente, o sexo feminino, a partir da quinta década de vida (pós-menopausa), apresentando dor constante, em maior ou menor grau, e acarretando também limitação funcional, que pode ser discreta ou invalidante⁽³⁷⁾.

As doenças reumáticas são bem presentes na vida do idoso. Entre elas, destaca-se a artrite reumatóide, enfermidade que afeta mais as mulheres do que os homens em proporção de 3:1. É uma doença inflamatória sistêmica, de causa desconhecida, caracterizada por poliartrite simétrica, acometendo as articulações periféricas e as estruturas extra-articulares. Quanto ao prognóstico, a artrite reumatóide evolui gradativamente para a incapacidade funcional. Em termos de capacidade funcional, 25% das pessoas

permanecem com a atividade normal, 40% têm deterioração moderada da função, 25% ficam muito debilitadas e 10% presas à cadeira de rodas⁽³⁸⁾. É assinalado o fato de que as mulheres tendem a sobreviver mais do que homens e a exibir uma mortalidade menor. Não significa isso, porém, que desfrutem de melhor condição de saúde. A mortalidade constitui somente um reflexo da deterioração extrema da saúde, que não dá conta das profundas variações registradas no estado de bem-estar daqueles que sobrevivem⁽⁷⁾.

Considerando a premissa de que o idoso deve se manter ativo e, se quiser obter mais satisfação na vida, autoestima e conservar a saúde, a velhice bem-sucedida pressupõe a descoberta de outros papéis ou uma nova organização das atribuições já desempenhadas. Portanto, a sociedade deve valorizar a idade e facilitar este processo⁽³⁹⁾.

CONCLUSÃO

Pelos resultados, é possível concluir que as mulheres pesquisadas apresentam acometimento de enfermidades sistêmicas, necessitando de cuidados profissionais e orientações sobre prevenção e promoção da saúde antes de realizarem atividades físicas em grupos de apoio.

Embora fisicamente independentes, as limitações apresentadas para realizar atividades básicas da vida diária indicam a necessidade de os profissionais realizarem avaliação individual e coletiva, conhecer a realidade da população do estudo para adequar suas ações de acordo com a especificidade de cada grupo.

Os conhecimentos dos dados obtidos servirão de subsídio para o desenvolvimento de grupo de apoio, formal e informal, bem com planejamento de estratégias de atendimento e intervenções, contribuindo para a prevenção da incapacidade funcional da pessoa idosa, promovendo, assim, um envelhecimento com melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brazilian population aging is in an accelerated rhythm and will stop increasing in 30 years. Social Communication 2008; November, 27.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; Departamento de Informática do SUS. População Residente – Brasil - 2007. [acesso em 2009 Jul 26]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>.
3. Departamento de Informática do SUS. População Residente do Ceará: 2007 [acesso em 2007 Out 05]. Disponível em: <http://www.tabnet.datasus.gov.br>.

4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censos demográficos [acesso em 2007 Fev 26]. Brasília; 2003. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/1010203pnad2002html.shtm>
5. Camarano AA. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança. *Estud Av.* 2003;17(49):35-63.
6. Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relumé Dumará UERJ; 1994.
7. Parahyba MI. Desigualdades de gênero em saúde entre os idosos no Brasil. XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais: ABEP; Caxambu – MG, 18 a 22 de setembro de 2006.
8. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008; 13(4):1199-2008.
9. Lopes A. Dependência, contratos sociais e qualidade de vida na velhice. In: Simson ORMV, Néri AL, Cachioni M, organizadores. *As múltiplas faces da velhice no Brasil.* Campinas: Ed. Alínea; 2003. p.129-40.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.
11. Feliciano AB, Moraes AS, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(6):1575- 85.
12. Araújo MCP, Dallapiane LB, Leite MT, Berlezi EM, Cruz IBM. O envelhecimento populacional e a Saúde Coletiva. In: Pasche DF, Cruz IBM, organizadores. *A Saúde Coletiva: Diálogos Contemporâneos. Coleção Saúde Coletiva.* Ijuí-RS: Ed. UNIJUI; 2006.
13. Rohr MK, Lang FR. Aging well together – a mini review. *Gerontology.* 2009;55(3):333-43.
14. Freitas EV, Berkenbrock I, Nery MR. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global. In: Freitas EV, organizador. *Tratado de Geriatria e Gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p 609-17.
15. Papaléo Netto M, Ponte JR. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: Papaléo Netto M., organizador. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento na visão globalizada.* São Paulo: Ateneu; 1996. p. 3-12.
16. Suzuki CS. Aderência à atividade Física da Universidade Aberta à Terceira Idade [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
17. Michelon J. Envelhecimento feminino e reposição hormonal. *Revista AMRIGS.* 2004; 48(4):281-4.
18. Miller RG. Osteoporosis in postmenopausal women: Therapy options across a wide range of risk for fracture. *Geriatrics.* 2006; 61 (1):24-30.
19. Guyton AC. *Fisiologia Humana e mecanismos das doenças.* Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan; 1993.
20. Costa Junior AM. Diabetes Mellitus no idoso. In: Hargreaves LHH, organizador. *Geriatria.* Brasília; 2006. p. 429-34.
21. Marques ACO, Kozlowski L, Marques JM. Reabilitação auditiva no idoso. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2004; 70(6):806-11.
22. Marocolo Filho R. Urologia no idoso. In: Hargreaves LHH, organizador. *Geriatria.* Brasília; 2006. p. 373-83.
23. Duarte YAO. Princípios de assistência Enfermagem Gerontológica. In: Papaléo Netto M, organizador. *Gerontologia.* São Paulo: Atheneu; 1996. p. 222-9.
24. Servidoni AB, Coelho L, Navarro ML, Avila FG, Mezzalira R. Perfil da automedicação nos pacientes otorrinolaringológicos. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2006;72(1): 83-8.
25. Salles AES, Paranhos HFO, Lunardi LO. Estudo populacional relacionado à saúde geral e uso de medicamentos em idosos não institucionalizados e desdentados totais. *Rev Odontol Araçatuba.* 2005;26 (2):14-20.
26. Teixeira JJU, Lefrève F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. *Rev Saúde Pública.* 2001;35(2):207-13.
27. Luz DT. O paciente Odontogeriátrico. *Terceira idade.* 1999;10(18):19-27.
28. Kusumota L, Rodrigues RAP, Marques S. Idosos com insuficiência renal crônica: alterações do estado de saúde. *Rev Latinoam Enferm.* 2004;12(3):525-32.
29. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índex de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm. USP.* 2007; 41(2): 317-25.

30. Frank S, Santos SMA, Assmann A, Alves KL, Ferreira N. Avaliação da capacidade funcional: repensando a assistência ao idoso na saúde comunitária. *Estud Interdiscip Envelhec*. 2007;11:123-34.
31. Michael K. Relationship of skeletal muscle atrophy to functional status: a systematic research review. *Biol Res Nurs*. 2000; 2:117-31.
32. Trelha CS, Nakaoski T, Franco SS, et al. Capacidade funcional de idosos restritos ao domicílio, do Conjunto Ruy Virmond Carnascialli, Londrina /PR. *Semina Ciênc Biol Saúde*. 2005; 26(1):37-46.
33. Matsudo SMM. Envelhecimento e atividade física. Londrina: Midiograf; 2001.
34. Maciel ACC, Guerra RO. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no Nordeste do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2007;10(2):178-87.
35. Gomes GC. Tradução, adaptação transcultural e exames das propriedades de medida da escala “Performance – oriented mobility assessment” (poma) para uma amostragem de idosos brasileiros institucionalizados [dissertação]. Campinas: Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas; 2003.
36. Rocha SV, Freire MO. Nível de atividade física habitual e autopercepção do estado de saúde em idosos no município de Jequié – Bahia. *Rev Bras Promoção Saúde*. 2007;20(3):161-7.
37. Gabriel MRS, Petit JD, Carril MLS. Fisioterapia em Traumatologia, Ortopedia e Reumatologia. Rio de Janeiro: Revinter – RJ 2001; 278-318.
38. Thomson A, Skinner A, Piercy J. Fisioterapia de Tidy. São Paulo: Ed.Santos; 2002.
39. Mailloux-Poirier D. As Teorias do Envelhecimento. In: Berger L, Mailloux-Poirier D. *Pessoas Idosas: uma abordagem global*. Lisboa: LUSODIDACTICA; 1995. p. 99-105.

Endereço para Correspondência:

Lúcia Nunes Pereira Melo
Rua Paula Ney, 77/600
Bairro Aldeota
CEP: 60180-200 – Fortaleza - CE – Brasil
E-mail: lucinha@fic.br